



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
Main Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2014

---

**Zielgruppenspezifische Angebote in der stationären Suchttherapie -  
Spezialisierungen, Spannungsfelder und was wir aus den Erfahrungen  
spezialisierter Einrichtungen lernen können**

Eckmann, Franziska ; Ingenberg, Barbara ; Keller, Bruno ; Müller, Herbert ; Kilchenmann, Barbara ;  
Knetemann, Anke

Other titles: Dokumentation zur Jahresberichtssitzung des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie  
act-info-FOS am 18. Januar 2014 in Zürich

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich  
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-99499>  
Conference or Workshop Item

Originally published at:

Eckmann, Franziska; Ingenberg, Barbara; Keller, Bruno; Müller, Herbert; Kilchenmann, Barbara; Knetemann, Anke (2014). Zielgruppenspezifische Angebote in der stationären Suchttherapie - Spezialisierungen, Spannungsfelder und was wir aus den Erfahrungen spezialisierter Einrichtungen lernen können. In: Jahresberichtssitzung des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie act-info-FOS, ISGF, Zürich, 18 January 2014 - 18 January 2014.

# **Zielgruppenspezifische Angebote in der stationären Suchttherapie –**

Spezialisierungen, Spannungsfelder und  
was wir aus den Erfahrungen spezialisierter  
Einrichtungen lernen können

Dokumentation zur Jahresberichtssitzung des  
Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie  
*act-info-FOS* am 18. Januar 2014 in Zürich

Hrsg.: Koordinationsstelle *act-info-FOS*  
Susanne Schaaf unter Mitarbeit von Heidi Bolliger

***act-info-FOS***

Forschungsverbund  
stationäre Suchttherapie

Nr. 351/2014



## Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort.....	4
2	Stationäre Therapie in Bewegung – Welches Angebot für welche Klientele oder welcher Platz für wen im Suchthilfesystem : Franziska Eckmann.....	5
3	„Die moderne Tragik der Anti-Heldinnen“ – szenische Lesung aus „Bier für Frauen“: Judith Cuénod .....	22
4	Personen mit Dualdiagnose – eine besondere Herausforderung: Barbara Ingenberg .....	23
5	MassnahmeklientInnen – Deliktorientierte Therapie (DOT) – Den Mut zur Normalität erlangen: Bruno Keller .....	30
6	Männerspezifische Suchttherapie – Die Feigheit vor dem eigenen Mannsein: Herbert Müller .....	36
7	Süchtige Eltern mit Kind – zwei Generationen in der Therapie Ressourcen erkennen, entwickeln, nutzen: Barbara Kilchenmann & Anke Knetemann.....	47

## 1 Vorwort

Seit vielen Jahren führt die Koordinationsstelle act-info-FOS Jahresberichtssitzungen zu ausgewählten praxisrelevanten Themen durch. Die Treffen, die dem Austausch zwischen Forschung und Praxis dienen, werden zu einem grossen Teil von VertreterInnen der stationären Suchttherapie mitgestaltet. Für die diesjährige Jahresberichtssitzung wurde das Thema *Zielgruppenspezifische Angebote in der stationären Suchttherapie* gewählt. Zielgruppenorientierte Angebote und Massnahmen haben sich im Gesundheits- und Sozialbereich als effizient bewährt. Die stationäre Suchttherapie verbindet ein sozialtherapeutisches Grundangebot mit zielgruppenspezifischen Ansätzen für besondere Personengruppen (Personen mit Dualdiagnose, mit Massnahme, Männer, Frauen, Kinder süchtiger Eltern u.a.). Die ReferentInnen gingen folgenden Fragen nach:

- Welche und wie viel Spezialisierung brauchen wir im stationären Therapiebereich?
- Welche Rolle spielt die Finanzierungspolitik bei dieser Entwicklung?
- Ist Spezialisierung die Zukunft der stationären Suchttherapie?
- Welche Herausforderung stellen bestimmte Zielgruppen an die Einrichtung?
- Welche Voraussetzungen müssen für eine Spezialisierung erfüllt sein?
- Was können wir von spezialisierten Einrichtungen lernen?

Die lesenswerten Beiträge geben einen Einblick in den vielfältigen Therapiealltag mit unterschiedlichen Klientengruppen, in die Herausforderungen, Möglichkeiten und Grenzen der wichtigen Arbeit. An dieser Stelle sei den ReferentInnen herzlich für ihre Beiträge und ihr Engagement gedankt: Franziska Eckmann (infodrog), Barbara Ingenberg (Sennhütte), Bruno Keller (start again), Herbert Müller (casa fidelio), Barbara Kilchenmann und Anke Knetemann (DIE ALTERNATIVE).

Susanne Schaaf, ISGF, Koordinationsstelle act-info-FOS  
Zürich, im Oktober 2014

Die Vorträge wurden für die vorliegende Tagungsdokumentation von der Koordinationsstelle act-info-FOS transkribiert, redaktionell überarbeitet und von den Referierenden autorisiert.

Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS existiert seit 1985 und blickt auf eine lange Geschichte zurück. Eine Hochzeit erlebte der Verbund 1998, als ihm 82 Drogentherapieeinrichtungen angehörten. Heute nehmen gesamtschweizerisch 46 Einrichtungen teil, was 85% der Gesamtheit stationärer Suchttherapieeinrichtungen in der Schweiz entspricht (Bereich illegale Drogen). Ausführungen zum Projekt sowie sämtliche Veröffentlichungen siehe: [www.isgf.uzh.ch/projects/current/illegal-drugs/act-info-FOS.html](http://www.isgf.uzh.ch/projects/current/illegal-drugs/act-info-FOS.html)

## **2 Stationäre Therapie in Bewegung – Welches Angebot für welche Klientele oder welcher Platz für wen im Suchthilfesystem?**

Franziska Eckmann, lic.phil. dipl. Sozialarbeiterin, Leitung infodrog

Die Zielgruppenorientierung im stationären Bereich ist eng verknüpft mit den Rahmenbedingungen und dem Angebot des gesamten Suchthilfesystems und der damit verbundenen Nachfrage nach Therapieplätzen. Wie sich die Situation vor 20 Jahren präsentierte und wie sie heute aussieht, ist Gegenstand dieses Referates.

### **Inhalt**

1. Stationäre Therapie und Zielgruppen gestern und heute
2. Entwicklung der Angebote in der Säule Therapie
3. Zuweisung und Finanzierung
4. Stationäre Therapie in Grundlagen und Modellen
5. Angebot der Zukunft für welche Klientele?
6. Herausforderungen und Ausblick

### **1. Stationäre Therapie und Zielgruppen gestern und heute**

*Blick zurück.* 1994 erschien der Bericht „REHA 2000 – Gesamtschweizerische Planungsgrundlage für die Weiterentwicklung der stationären Drogentherapie“<sup>1</sup>, den das BAG in Auftrag gegeben hatte. Die Hauptfragestellung des Projektes lautete, welche quantitativen und qualitativen Lücken im Bereich der „spezialisierten stationären Angebote im Drogenentzug und der Drogenrehabilitation“ bestehen und welche Gestaltungsstrategien sich für die Zukunft daraus folgern lassen. Was damals mit „spezialisiert“ gemeint war, wurde allerdings nicht näher ausgeführt. Als Schlussfolgerungen sollten identifizierte Lücken einerseits über eine Reorganisation des bestehenden Angebotes und andererseits über den Aufbau neuer Angebote geschlossen werden.

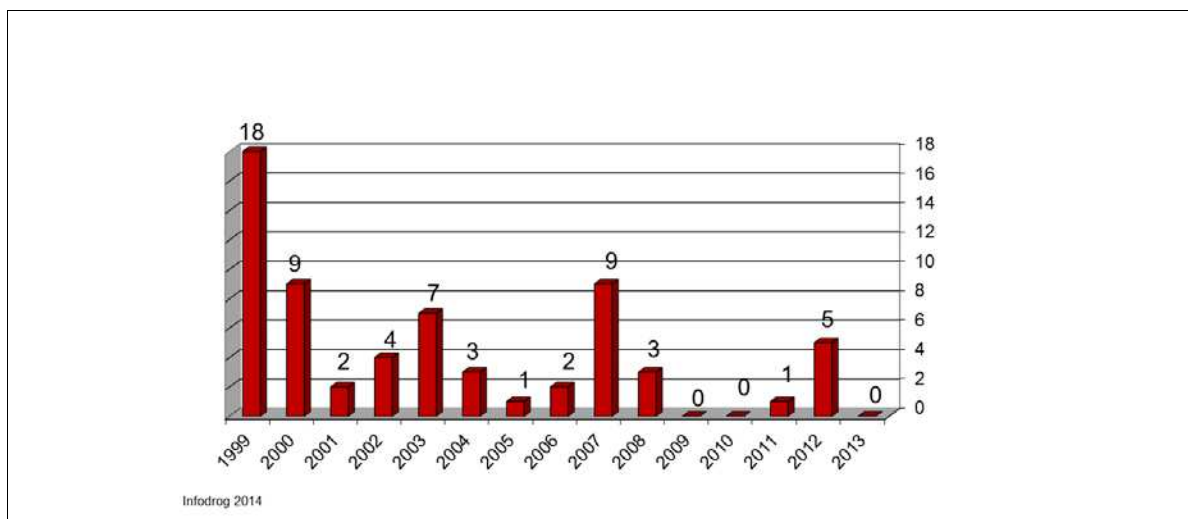
Nach Einschätzungen der Fachpersonen und aufgrund der Situations- und Lückenanalyse wurde insbesondere für die Zielgruppen Jugendliche und Frauen ein Handlungsbedarf geortet. Dieses Ergebnis war die Grundlage für die Einrichtung des Impulsfonds für die stationären Einrichtungen durch das BAG, worüber Aufbau und Anpassung der Suchthilfeangebote mitfinanziert wurden. Der Impulsfonds existiert heute noch, wird aber in seiner Ausrichtung viel breiter geführt.

---

<sup>1</sup> MÜHLE Urs. 1994. REHA 2000 – Gesamtschweizerische Planungsgrundlage für die Weiterentwicklung der stationären Drogentherapie. Bern: BAG. Link: [www.infodrog.ch/index.php/therapie-publikationen.html](http://www.infodrog.ch/index.php/therapie-publikationen.html)

*20 Jahre später.* In der Folge wurde der stationäre Behandlungssektor für Suchterkrankung auf- und ausgebaut, zahlreiche neue Einrichtungen entstanden, doch bald wurden einzelne Institutionen wieder geschlossen. Von den Schliessungen waren insbesondere auch frauenspezifische Angebote betroffen. Die meisten damaligen Einrichtungen für drogenabhängige Frauen – es gab Angebote in der Westschweiz, in Zürich, Basel, Olten und Bern – konnten sich nicht halten: Entweder waren die Angebote zu klein, zu spezifisch oder die Frauen wollten z.T. nicht eintreten, weil die Einrichtungen von der Angebotspalette her ihre Bedürfnisse nicht abdeckten. Seit 1999 dokumentiert Infodrog die Schliessungen der stationären Einrichtungen. Bis heute wurden insgesamt 64 Schliessungen registriert, wobei diese nicht linear, sondern wellenförmig verliefen: mit einem Peak in den 90er Jahren, weitere folgten 2003, 2007 und 2012, wobei diese in der Tendenz nun abzuflachen scheinen.

Abb. 1: Anzahl Schliessungen von spezifischen Therapieangeboten der stationären Suchthilfe



Neue stationäre Angebote entstanden in derselben Zeit in der Schweiz kaum mehr, es gab vielmehr konzeptuelle Anpassungen bestehender Angebote, teilweise finanziert über den Impuls- und Entwicklungsfonds des Bundesamtes für Gesundheit, den Infodrog verwaltet und die unterstützten Projekte dokumentiert<sup>2</sup>.

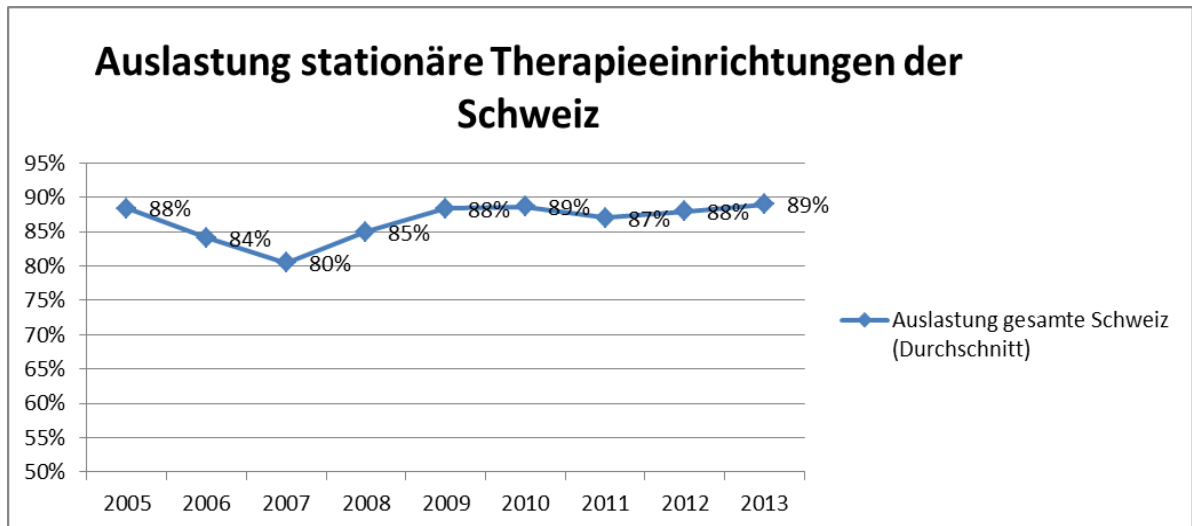
*Unterschiedliche Dynamiken.* Im Bereich der stationären Alkoholbehandlung (Kliniken) kam es interessanterweise kaum zu Schliessungen – es zeigen sich hier je nach Behandlungssektor ganz unterschiedliche Dynamiken: Das Platzangebot der Kliniken ist über einen längeren Zeitraum stabil geblieben, es ist sogar zu einer Öffnung Richtung Drogenbehandlung gekommen. Zudem wurde der Entzugssektor durch Angebote wie Kurzzeittherapien erweitert. Dies hat zur Folge, dass ein Teil der KlientInnen nach dieser Kurzzeitbehandlung nicht mehr in die klassischen stationären Drogeneinrichtungen eintreten.

---

<sup>2</sup> [www.infodrog.ch/index.php/impuls-alt.html#2005](http://www.infodrog.ch/index.php/impuls-alt.html#2005) (Zugriff 28.08.2014)

*Stabil.* Die Auslastungsquote bei den stationären Therapieangeboten ist in den Jahren 2005-2012 mit 85-89% stabil geblieben. Eine Abweichung zeigt sich im Jahr 2007, das durch viele Schliessungen charakterisiert war: Einrichtungen mit bevorstehender Schliessung standen teilweise leer oder liessen ihr Angebot auslaufen.

Abb. 2: Entwicklung der Auslastung der stationären Therapieinstitutionen der Schweiz 2005 - 2013



Quelle: Infodrog, 2014

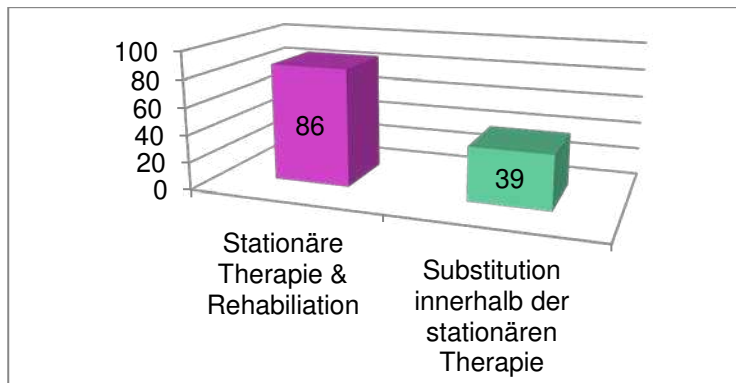
## 2. Entwicklung der Angebote in der Säule Therapie

*An Opiaten orientiert.* Der Bericht REHA 2000 bezieht sich in seinen Ausführungen fast ausschliesslich auf die Heroinproblematik – nicht zuletzt auch im Zusammenhang mit den offenen Drogenszenen, welche damals ein gesellschaftliches Problem darstellten. Für die Zielgruppe der KlientInnen wird im Bericht die Bezeichnung „Fixer“ verwendet. Obwohl es zu dieser Zeit bereits Substitutionsbehandlung mit Methadon gab, findet man im Bericht noch keine Ausführungen dazu, auch nicht zur Heroin gestützten Behandlung HegeBe, welche allerdings erst ab 1994 aufgebaut wurde.

*Nicht mehr ausschliesslich abstinenzorientiert.* Vor 20 Jahren war das Behandlungsziel in fast allen stationären Therapien die Abstinenz. Heute zeigt sich ein etwas anderes Bild: 44% der stationären Suchttherapie- und Rehabilitationseinrichtungen nehmen auch Personen auf, die parallel noch in einem Substitutionsprogramm stehen (Abb. 3; 39 von 86 Einrichtungen). Nicht mehr die vollständige Abstinenz steht im Fokus der Therapie, sondern andere Ziele wie Stabilisierung, Ressourcenstärkung, Wiedereingliederung, Erlangung eines selbständigen Lebens.



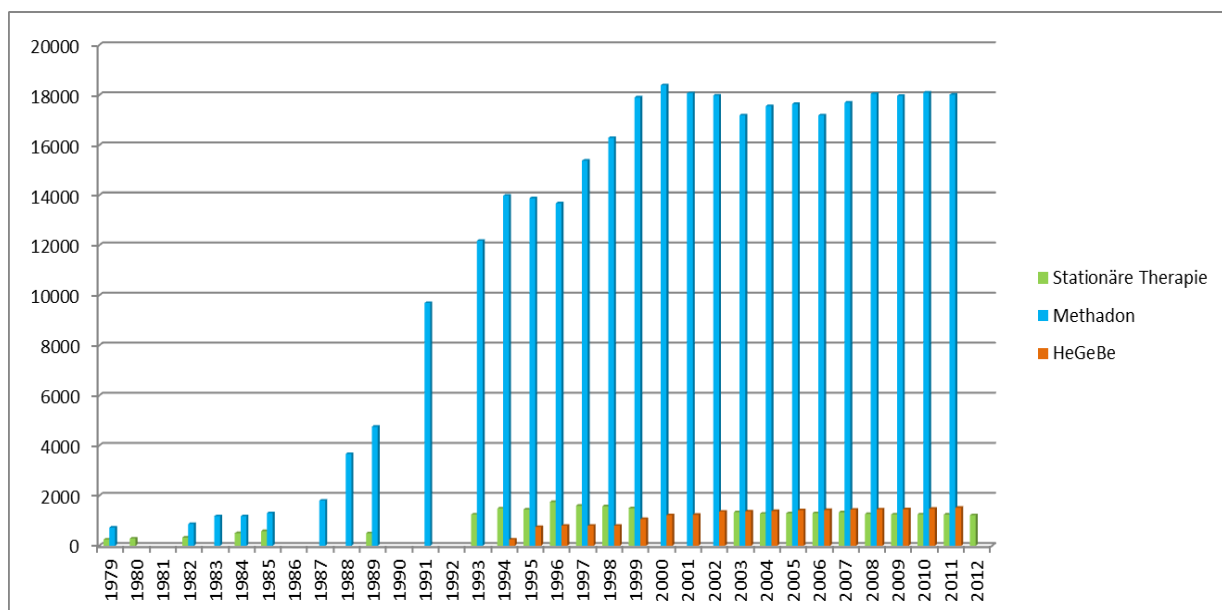
Abb. 3: Substitution in der stationären Suchttherapie 2014



Quelle: infodrog 2014; suchtindex.ch

**Mehr ambulante Therapieplätze.** In den 80er und 90er Jahren ist in der Säule Therapie ein markanter Anstieg an ambulanten Plätzen für Methadonsubstitution zu verzeichnen, und die stationäre Suchttherapie wurde während der 90er Jahre rasant bis auf 1'700 Plätze ausgebaut (Abb. 4). Heute sind es gemäss der Belegungsstatistik von Infodrog noch rund 1'200 stationäre Plätze, wobei in dieser Zahl auch teilstationäre Angebote enthalten sind.

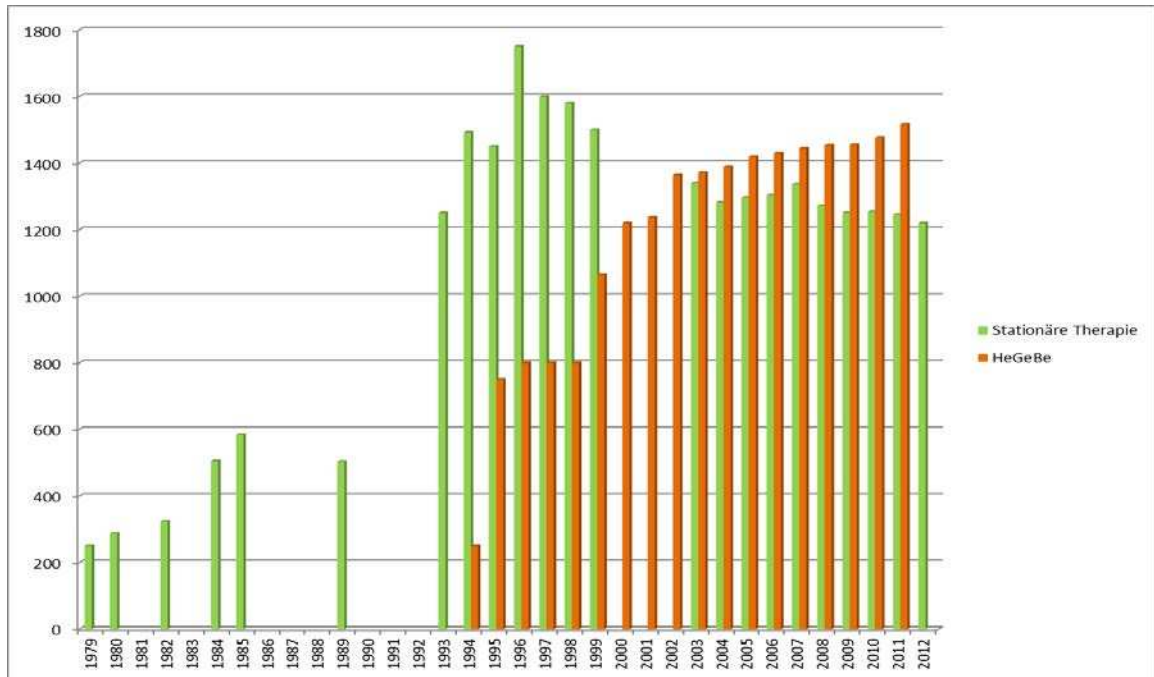
Abb. 4: Entwicklung des Platzangebotes stationäre Therapie, Methadonsubstitution, Heroinverschreibung 1979 - 2012



Quellen: Infodrog, Statistik-Monitoring der stationären Suchttherapieinstitutionen; BAG: HeGeBe-Jahresberichte, Nationale Methadonstatistik

Bei der Heroin gestützten Behandlung zeigt sich nach wie vor ein Anstieg der Plätze, sodass inzwischen mehr HeGeBe-Plätze als stationäre Therapieplätze bestehen (Abb. 5).

Abb. 5: Entwicklung des Platzangebotes Heroinverschreibung und stationäre Therapie 1979 - 2012



Quellen: Infodrog, Statistik-Monitoring der stationären Suchttherapieinstitutionen; BAG: HeGeBe-Jahresberichte

*Alternde Kohorte.* Ein Blick auf die Altersverteilung der KlientInnen in Heroin gestützter Behandlung (Abb. 6) zeigt, dass bei Start der Heroinverschreibungsprojekte 80% der KlientInnen unter 34 Jahre alt waren, im Jahr 2012 sind weniger als 20% der KlientInnen unter 34 Jahre. Die Graphik verdeutlicht, wie die Klientele gealtert ist (Kohorteneffekt).

Abb. 6: Altersverteilung der HeGeBe-PatientInnen 1994- 2012

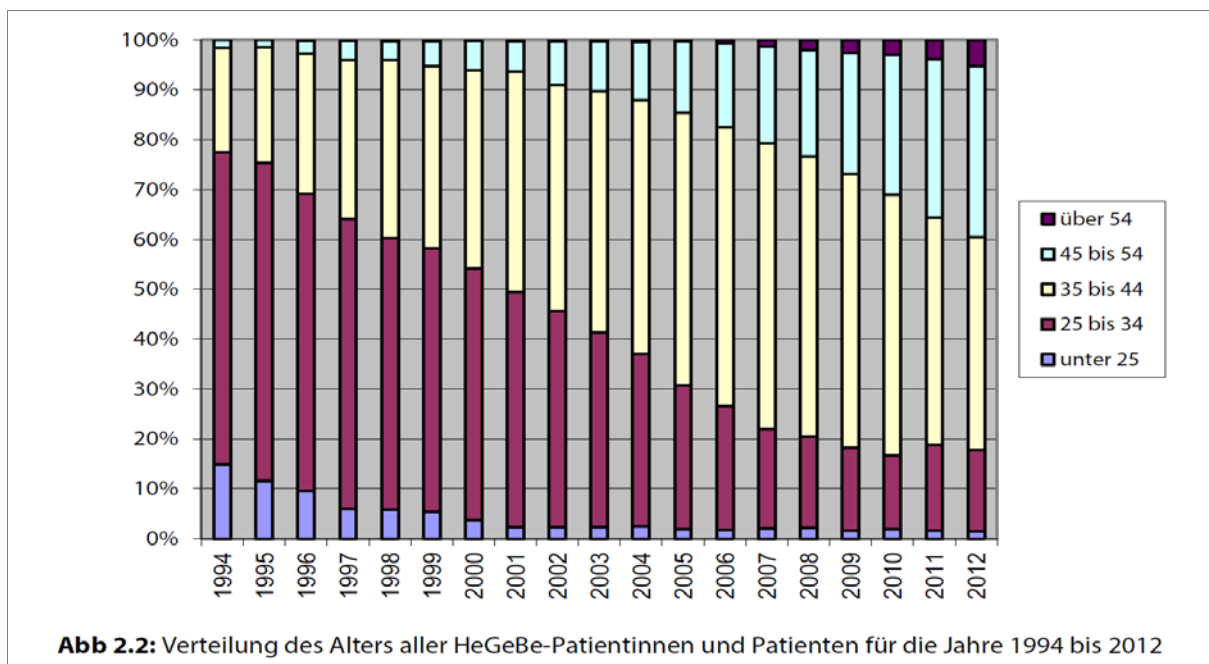
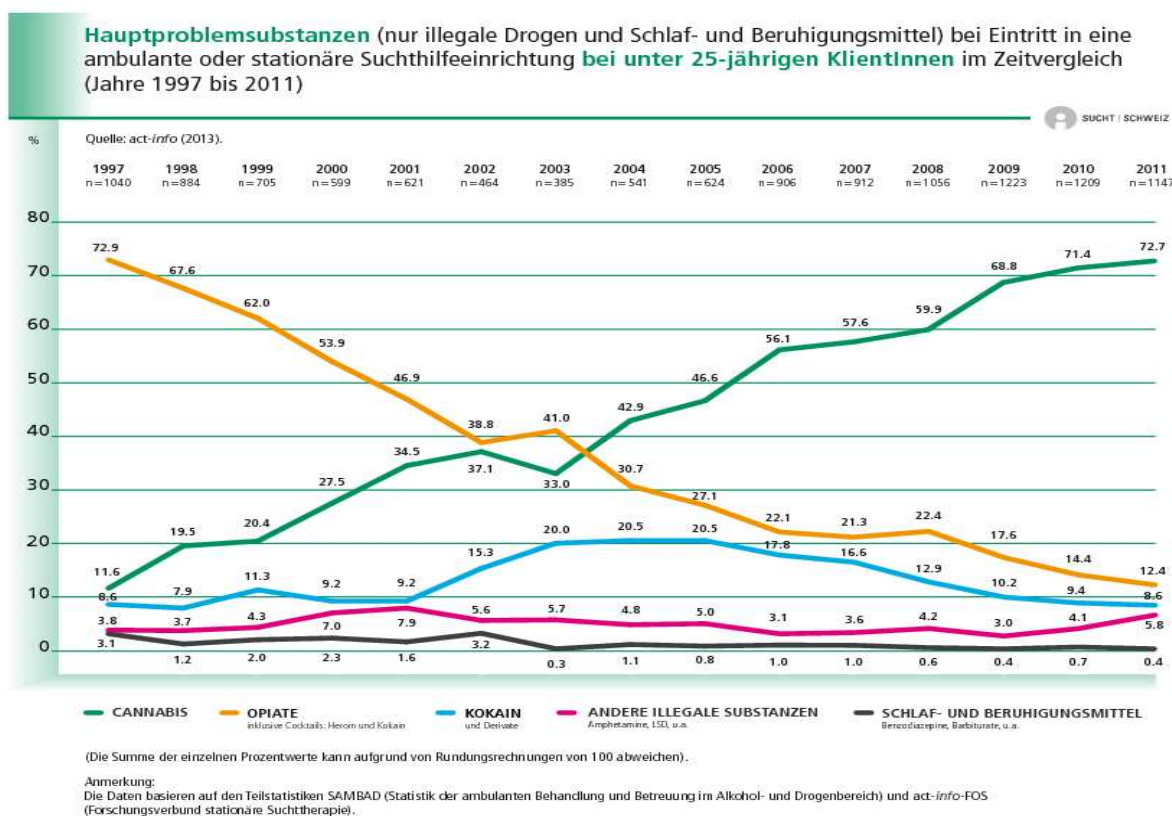


Abb 2.2: Verteilung des Alters aller HeGeBe-Patientinnen und Patienten für die Jahre 1994 bis 2012

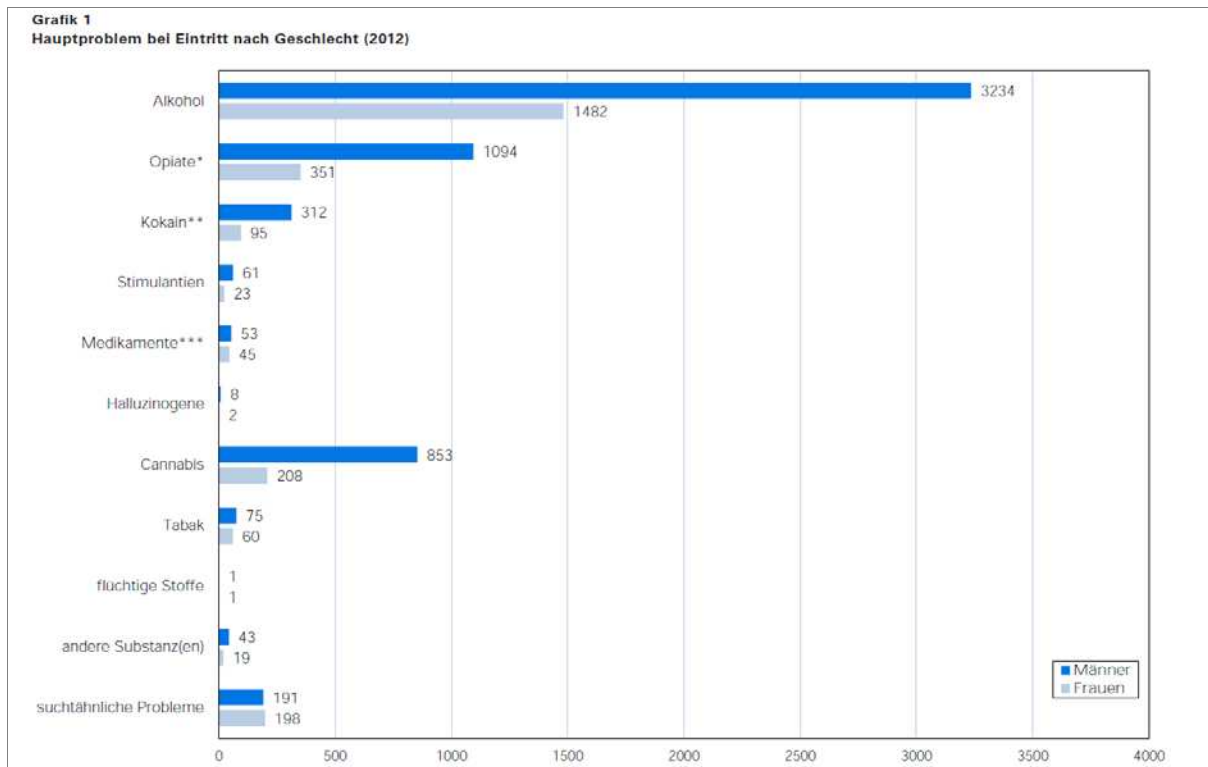
*Breites Spektrum an Substanzen.* Stand früher die Heroinproblematik unbestritten im Fokus der Intervention und Behandlung, so ist das heutige Suchthilfesystem mit einer Reihe unterschiedlicher Themen konfrontiert: legale Substanzen wie Alkohol und Medikamente, substanzungebundene Süchte/ Verhaltenssüchte. Tab. 7 der act-info-Statistik zeigt, wie sich die Hauptproblemsubstanzen bei unter 25-jährigen KlientInnen in Beratung und Behandlung zwischen den Jahren 1997 und 2011 entwickelt haben. Die grossen Schwankungen betreffen die Substanzen Opiate und Cannabis: 1997 betrug der Anteil behandelter KlientInnen mit Hauptproblem Opiate noch über 70%, 2011 ist dieser Anteil auf 12% gesunken. Für die Hauptproblemsubstanz Cannabis ergibt sich eine gegenläufige Entwicklung. Die act-info-Statistik bezieht sich sowohl auf stationäre als auch auf ambulante Angebote, d.h. die Personen stehen nicht zwangsläufig in einer Langzeittherapie, sondern besuchen beispielsweise als Auflage einen Kurs bei einer ambulanten Suchtberatungsstelle. Dass Beratungen und Behandlungen bezüglich Cannabis zugenommen haben, kann auch in Zusammenhang mit der Frühintervention und der verschärften Gesetzeslage gesehen werden, welche zu mehr Verzeigungen führte.

Abb. 7: Hauptproblemsubstanzen bei Eintritt von jungen KlientInnen in ambulante und stationäre Suchtbehandlung 1997 - 2011



Quelle: act-info, 2013

Abb. 8: Hauptproblemsubstanz bei Eintritt in ambulante und stationäre Behandlung 2012 (act-info)



Quelle: act-info Jahresbericht 2013 (Hrsg. 2014)

*Fürsorge bei Opiatabhängigkeit.* Betrachtet man die berufliche Integration bzw. die Finanzierung des Lebensunterhaltes der KlientInnen vor Behandlungsbeginn (2012), gegliedert nach Hauptproblemsubstanzen, zeigen sich augenfällige Unterschiede: Cannabis-KlientInnen werden meist durch Eltern und Familienmitglieder unterstützt (50%). Bei der Problemsubstanz Alkohol beträgt der Anteil Personen, die vor der Behandlung im Erwerbsleben standen, knapp 50%. Auch Kokain-KlientInnen finanzierten sich vor Therapieeintritt häufig durch eigenes Erwerbseinkommen (44%). Ein anderes Bild zeigt sich bei Opiat-KlientInnen: 55% bestritten ihren Lebensunterhalt vor Therapiebeginn durch die Fürsorge oder eine Rente. Daraus ergeben sich wichtige Hinweise bezüglich der Möglichkeit zur gesellschaftlichen Integration der KlientInnen, betreffend deren beruflicher Ziele, die im Rahmen der Therapie formuliert werden, je nachdem, ob die KlientInnen in den ersten Arbeitsmarkt eingebunden sind oder ob sie ausserhalb stehen, aber auch bezüglich des Alters der in Behandlung stehenden Personen.

Abb. 9: Hauptquelle des Lebensunterhalts vor Beratungs- und Therapiebeginn 2012 (act-info)

Tabelle 10:  
Hauptquelle des Lebensunterhalts vor Eintritt nach Hauptproblem (2012)

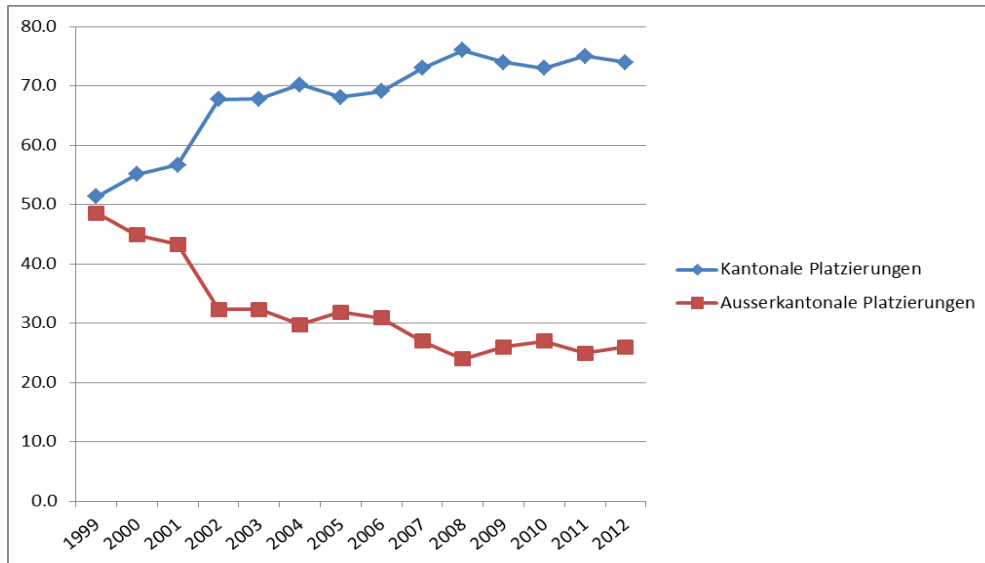
Gesamt	Alkohol		Opiate*		Kokain**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Erwerbseinkommen	2083	49.6	155	25.3	166	43.5	263	27.2
Ersparnisse	99	2.4	5	0.8	8	2.1	4	0.4
Rente (AHV/IV u.a.)	650	15.5	93	15.2	44	11.5	56	5.8
Sozialhilfe/Fürsorge	674	16.0	246	40.2	90	23.6	108	11.2
Arbeitslosen- versicherung	288	6.9	33	5.4	22	5.8	24	2.5
durch PartnerIn	206	4.9	7	1.1	7	1.8	9	0.9
durch Eltern/ Familienmitglieder/ FreundInnen	99	2.4	19	3.1	20	5.2	486	50.3
dealen/mischeln	3	0.1	27	4.4	10	2.6	2	0.2
andere illegale Einkünfte	4	0.1	5	0.8	1	0.3	2	0.2
Prostitution	4	0.1	2	0.3	0	0.0	0	0.0
anderes	93	2.2	20	3.3	14	3.7	13	1.3
<b>Total</b>	<b>4203</b>	<b>100.0</b>	<b>612</b>	<b>100.0</b>	<b>382</b>	<b>100.0</b>	<b>967</b>	<b>100.0</b>
fehlende Angaben	513		833		25		94	

Quelle: act-info-Jahresbericht 2013; Referenzzeitraum: letzte 6 Monate (FOS und Residalc) bzw. letzte 30 Tage (SAMBAD, Methadon, HegeBe)

### 3. Zuweisung und Finanzierung

*Verändertes Platzierungsverhältnis.* Eine wichtige Frage im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme des Suchthilfeangebotes und schliesslich auch der Finanzierung lautet: Aus welchen Kantonen stammen die KlientInnen, bezogen auf den Standortkanton der behandelnden Einrichtung? Abb. 10 verdeutlicht, dass sich das Verhältnis der Platzierung über die Kantonsgrenzen hinweg stark verändert hat. Im Jahr 1999 stammten 50% der KlientInnen in stationärer Therapie aus demselben Wohnort wie der Standortkanton ihrer Einrichtung, 50% stammten aus einem anderen Kanton. Danach platzierten die Kantone zu behandelnde SuchtpatientInnen hauptsächlich innerkantonal, um vorrangig eigene Einrichtungen auszulasten. Mit der „Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenverteilung“ NFA im Jahr 2004 hat sich zudem die Gesetzeslage geändert: Die Zuständigkeit für Suchtbehandlung ging definitiv vom Bund an die Kantone über, was die innerkantonale Platzierungspolitik nochmals verstärkte. Die Durchlässigkeit im Behandlungssystem über die Kantonsgrenzen hinaus war somit kaum mehr gegeben. 2012 betrug der Anteil interkantonal platzierter PatientInnen 75%, der Anteil ausserkantonal platzierter 25%; darunter fallen insbesondere auch Platzierungen von KlientInnen aus (kleinen) Kantonen, die selber kein stationäres Therapieangebot führen.

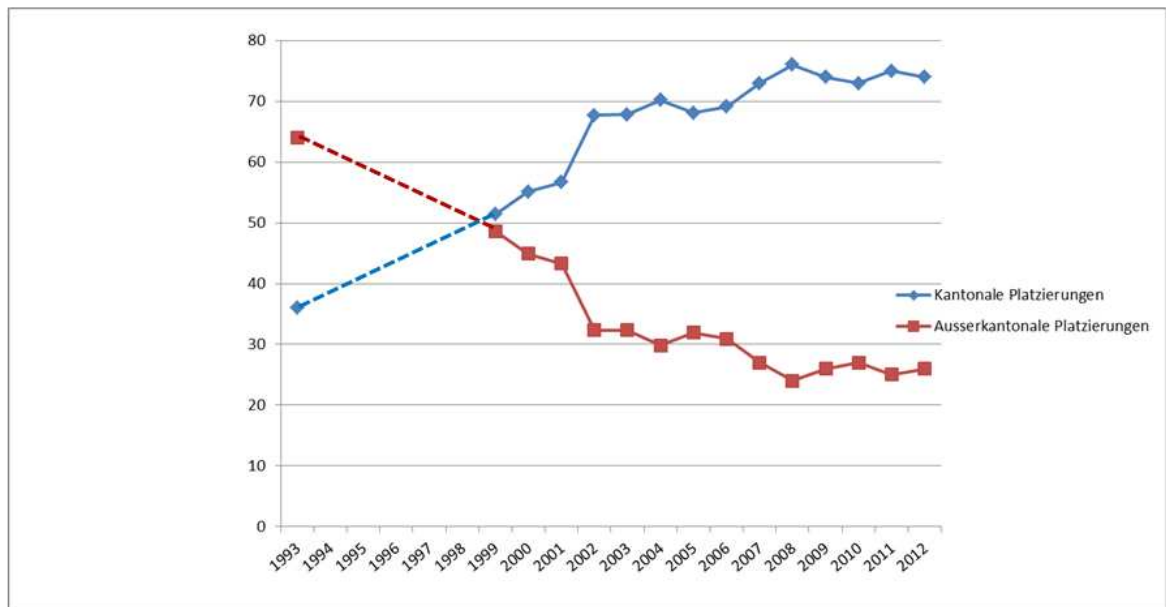
Abb. 10: Entwicklung der kantonalen und ausserkantonalen Platzierungen in der Schweiz 1999-2012



Quelle: infodrog, Statistik Monitoring 2013

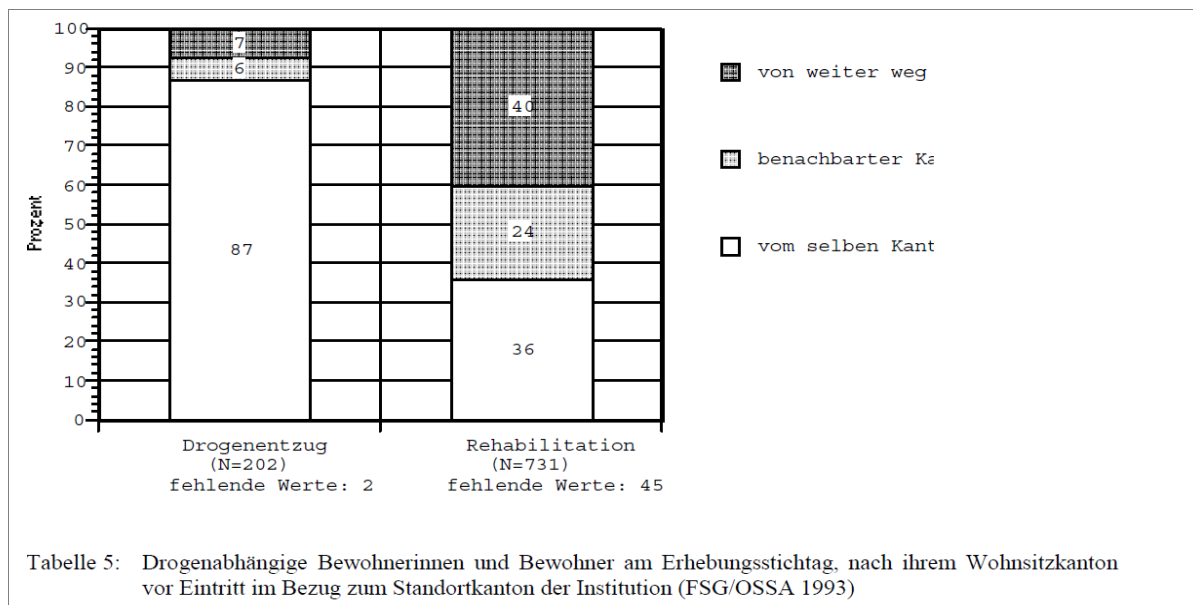
Berücksichtigt man die Zahlen aus dem Bericht „REHA-2000“ aus dem Jahr 1993 für die Gesamt-sicht, so akzentuiert sich die Scherenbewegung noch stärker (Abb. 11).

Abb. 11: Entwicklung der kantonalen und ausserkantonalen Platzierungen in der Schweiz 1993-2012



Damals wurden sogar 64% der KlientInnen in ausserkantonalen Einrichtungen (Rehabilitation) platziert. Die Unterteilung erfolgte in die drei Kategorien „vom selben Kanton“, „benachbarte Kantone“ und „von weiter weg“ (Abb. 12). Hier zeigt sich quasi ein umgekehrtes Verhältnis im Vergleich zur heutigen Situation.

Abb. 12: Platzierungen in Entzug und Rehabilitation, inner- und ausserkantonal 1993



Nebst den strukturellen Rahmenbedingungen haben auch fachliche Gründe diese Entwicklung mitbeeinflusst: Damals erfolgten die Platzierungen der KlientInnen oft gezielt in andere Kantone, um eine Distanz zum bisherigen Milieu zu schaffen. Beliebt waren auch Platzierungen ins Ausland (Segelschiff, Reitangebote, Wüstentrekkings u.a.). Heute hat man erkannt, dass es durchaus sinnvoll sein kann, bewusst „vor Ort“ in der gewohnten Umgebung zu therapieren, damit KlientInnen lernen, mit den Herausforderungen umzugehen.

*Ungleiche Finanzierungsmodalitäten.* Nicht nur die interkantonale Zugänglichkeit, sondern auch andere Mechanismen wie die bestehende Rechtsungleichheit durch die unterschiedlichen Finanzierungsmodelle KVG und Fürsorge sind für die stationären Therapieeinrichtungen eine Herausforderung: Auf der einen Seite kommt die Krankenversicherung für die Kosten des Therapieaufenthaltes auf. Auf der anderen Seite steht meistens die Finanzierung via Fürsorgegelder, wobei mit der Rückerstattung der Therapiekosten gerechnet werden muss, wenn der behandelte Klient wieder zu Vermögen kommen sollte, vielleicht greift auch die Verwandtenunterstützung. Hier kommen zwei unterschiedliche Modelle – je nach Problemsubstanz (Alkohol, Opiate) und Angebot (Klinik, sozialtherapeutische Gemeinschaft) – zum Zug. Trotz oder gerade wegen dieser Ungleichheit – dass ich als Klientin weiss, dass ich nichts zahlen muss; oder die Gemeinden/Kantone wissen, dass es vordergründig kostengünstiger ist, wenn die KV dafür aufkommt – sind krankenversicherte Angebote in den Kliniken in den letzten Jahren sehr beliebt geworden und nach wie vor beliebt. Auch der Entzugssektor hat seine Angebotspalette ausgeweitet: KlientInnen können heute im Sinne einer Kurzzeittherapie teilweise bis zu drei Monate in einer Entzugsstation bleiben und treten danach seltener in eine stationäre Therapie über.



*IVSE bezweckt Ausgleich.* Mit der „Interkantonalen Vereinbarung für soziale Einrichtungen IVSE“ werden die Finanzierungsmodalitäten für den Aufenthalt von Personen mit speziellen Betreuungsbedürfnissen ausserhalb ihres Wohnkantons geregelt, und es soll ein Ausgleich zwischen den Kantonen geschaffen werden. Die Kantone sind frei in der Zeichnung der entsprechenden Listen (Liste C für den Suchtbereich), und für die Priorisierung der Zuweisung (KV oder Sozialtherapie) ist die IVSE ohne Einfluss.

*Keine beschlagnahmten Drogengelder.* Mit dem Postulat der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) „Beschlagnahmte Drogengelder für die Suchtrehabilitation“ vom 27. Januar 2010 erhielt der Bundesrat unter anderem den Auftrag, eine Zweckbindung der Verwendung beschlagnahmter Drogengelder für die Finanzierung der stationären Suchthilfe zu prüfen. Das BAG beauftragte daraufhin das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS), die aktuelle Situation in der Finanzierung der stationären Suchthilfe zu analysieren, Problemfelder zu identifizieren und mögliche Lösungsansätze abzuleiten.

Der Bericht legt den Bedarf, der sich aus den Befragungen ergeben hat, dar<sup>3</sup>. Es zeigte sich kein einheitliches Bild. Zudem befand die Mehrheit der befragten Kantone, dass kein Handlungsbedarf bestehe. Daher wurde die Idee der zweckgebundenen Drogengelder fallen gelassen. Das Anliegen war damit auch politisch vom Tisch.

*Verschiedene Zuweiser.* Wer sind heute die zuweisenden Personen oder Instanzen? Kann man überhaupt von Zuweisung sprechen, wenn 46% der Betroffenen mit einem Opiat- oder Kokainproblem aus eigener Initiative eine Suchtberatung oder -behandlung beginnen (Tab.13)? Auch bei der Hauptproblemsubstanz Alkohol liegt der Anteil „Eigeninitiative“ bei 40%, ein gewisser Anteil entfällt auf den medizinischen Bereich (Arztpraxen, Spitäler) mit 18%. Bei 43% der durchschnittlich jüngeren Cannabis-Klientele hingegen führte eine Verurteilung oder Massnahme zum Therapiebeginn. Der Rest verteilt sich auf die verschiedenen Fachstellen und Berufsgruppen, womit deutlich wird, dass die Wege, wie jemand in eine Behandlung gelangt, vielfältig und breit sind. Es nicht den *einen* Zuweiser.

---

<sup>3</sup> GEHRIG Matthias, KÜNZI Kilian & STETTLER Peter. 2012. Finanzierung der stationären Suchthilfe. Situation, Handlungsbedarf und Handlungsoptionen – Schlussbericht. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit Sektion Drogen. Bern: Büro BASS, 22. März 201. Download: <http://tinyurl.com/nzp7z4r>



Abb. 13: Zuweisende Instanzen bzw. Personen, nach Hauptproblemsubstanz, Eintritte 2012

Tabelle 14:  
Primäre zuweisende Instanz nach Hauptproblem (Eintritte 2012)

Gesamt	Alkohol		Opiate*		Kokain**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Eigeninitiative	1726	39.7	301	46.3	177	45.9	213	21.4
PartnerIn	202	4.6	14	2.2	9	2.3	11	1.1
Familie	201	4.6	23	3.5	23	6.0	93	9.3
FreundInnen/Kolleg./ Bekannte	76	1.7	18	2.8	11	2.8	14	1.4
ambulante Stelle für Suchtprobleme	129	3.0	34	5.2	11	2.8	13	1.3
stationäre Einrichtung für Suchtprobleme	211	4.8	61	9.4	34	8.8	11	1.1
Arztpraxis	350	8.0	38	5.8	15	3.9	31	3.1
Spital/Klinik	442	10.2	24	3.7	16	4.1	21	2.1
Sozialdienste	251	5.8	51	7.8	23	6.0	42	4.2
Verurteilung/ Massnahme	496	11.4	71	10.9	55	14.2	432	43.4
ArbeitgeberIn	152	3.5	3	0.5	2	0.5	20	2.0
LehrerIn	15	0.3	1	0.2	0	0.0	40	4.0
anderes	101	2.3	11	1.7	10	2.6	55	5.5
<b>Total</b>	<b>4352</b>	<b>100.0</b>	<b>650</b>	<b>100.0</b>	<b>386</b>	<b>100.0</b>	<b>996</b>	<b>100.0</b>
fehlende Angaben	364		795		21		65	

Quelle: act-info-Jahresbericht 2013

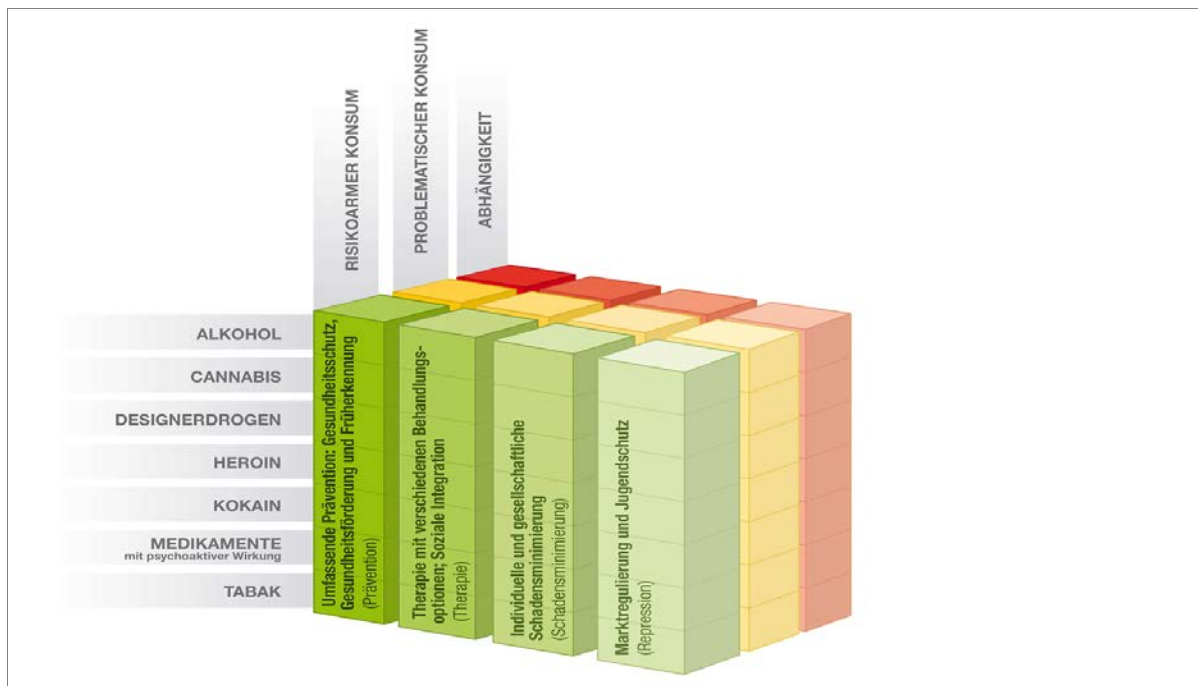
**Schnittstellen.** Aufgrund der Tatsache, dass neben der Eigeninitiative der KlientInnen eine Vielzahl von Fachstellen und Fachpersonen Zuweisungen in die Suchttherapie vornehmen, stellt sich die Frage nach dem Potenzial der Zusammenarbeit der verschiedenen Anbieter wie Therapie - Entzug; Psychiatrie - Sozialtherapie; Therapie - Substitution und deren Kenntnisse über die verschiedenen Angebote.

**Erweiterung der Zielgruppen.** Da die Belegung der stationären Plätze nicht immer einfach ist, haben die stationären Therapien ihr Angebot angepasst und den Zielgruppenkreis erweitert. War das stationäre Angebot früher ausschliesslich auf suchtkranke Personen ausgerichtet, besteht heute die Tendenz, dass Einrichtungen ihr Angebot auch an weitere Zielgruppen ohne primäre Suchtproblematik richten, insbesondere an Menschen mit psychischen, sozialen und somatischen Beeinträchtigungen. Es ist zu beobachten, dass die Plätze einer stationären Therapieinstitution in der kantonalen Bedarfsplanung aufgesplittet werden: Ein Teil der Plätze ist für SuchtpatientInnen bewilligt, ein Teil für Personen mit einer psychischen Störung. Diese Entwicklung hat Auswirkungen auf das Profil der stationären Suchttherapieeinrichtungen, denn vermehrt steht die stationäre Sozialtherapie im Zentrum und nicht mehr nur die Suchttherapie.

#### 4. Stationäre Therapie in Grundlagen und Modellen

Die eidgenössische Kommission für Drogenfragen hat 2006 das sogenannte *Würfelmodell*<sup>4</sup> basierend auf dem schweizerischen Vier-Säulen-Modell entworfen, welches neu sämtliche Problemsubstanzen umfasst und auch nach Konsumintensität unterscheidet. Welches Behandlungsetting (ambulant oder stationär) gewählt wird, lässt dieses Modell offen. Die stationäre Therapie ist in der Säule Therapie bei der Dimension „Abhängigkeit“, allenfalls beim „problematischen Konsum“ angesiedelt.

Abb. 14: Würfelmodell der EKDF (Eidg. Kommission für Drogenfragen), 2006



*Recht auf Behandlung.* 2010 gab das BAG zusammen mit den drei eidgenössischen Kommissionen im Suchtbereich den Bericht „Herausforderung Sucht“ heraus<sup>5</sup>. Der Bericht enthält zehn Leitsätze zu einem zukunftsfähigen Ansatz in der Schweizer Suchtpolitik. Leitsatz 4 bezieht sich auf die Sicherstellung von Behandlung und Betreuung: „Menschen mit einem problematischen Konsum, einem problematischen Verhalten oder einer Abhängigkeit haben ein Recht auf Behandlung und Betreuung. Auch den Angehörigen, Partnern und Kindern steht Unterstützung zu. Zugänglich sind auch Massnahmen der Früherkennung, Beratung, Unterstützung des Ausstiegs und der sozialen Wiedereingliederung. Der Auf- oder Ausbau eines integrierten Angebotes wird ange-

<sup>4</sup> Eidgenössische Kommission für Drogenfragen EKDF. 2006. Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen. Bern: Hans Huber.

<sup>5</sup> Steuergruppe der drei Eidg. Kommissionen für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakfragen (Hrsg.). 2010. Herausforderung Sucht. Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik Schweiz. Siehe auch: [www.bag.admin.ch/herausforderung\\_sucht/](http://www.bag.admin.ch/herausforderung_sucht/)

strebt“.<sup>6</sup> Der Ausbau eines „integrierten Angebotes“ wird angestrebt, wobei nicht festgehalten ist, was damit konkret gemeint ist, denn in der Praxis bestehen unterschiedliche Auslegungen des Begriffs und der Umsetzung.

*BtmG - Förderung der Abstinenz.* Als eine weitere Grundlage kann das revidierte Betäubungsmittelgesetz herangezogen werden. Vor fünf Jahren wurde das Gesetz vom Volk angenommen und im Anschluss noch revidiert, weil das Ordnungsbussenmodell neu dazukam. Im BtmG Stand 1. Oktober 2013 wird im ersten Zweckartikel (Art. 1a) festgehalten: „Dieses Gesetz soll dem unbefugten Konsum von Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen vorbeugen, namentlich durch Förderung der Abstinenz“. Hier stellt sich die Frage, was in den letzten fünf Jahren bezüglich Förderung der Abstinenz gelaufen ist und was erreicht wurde? Wer teilt diesen Zweck? Wer kann diese Fragen überhaupt beantworten?

*Breites Angebot.* Die Schweiz verfügt über ein breites Suchthilfeangebot. In der umfassenden Datenbank Suchtindex.ch sind über 680 Angebote erfasst: ambulante, (teil-)stationäre und niederschwellige Angebote in den Bereichen Alkohol, illegale Drogen, Medikamente und substanzungebundene Süchte. 86 Angebote betreffen (teil)stationäre Suchttherapie und -rehabilitation (13%), 267 Angebote betreffen ambulante Beratung und Begleitung (40%)<sup>7</sup>.

## 5. Angebot der Zukunft für welche Klientele?

*Regional unterschiedlich.* Im Rahmen des Nationalen Programmes Alkohol erteilte Infodrog den Auftrag zu einer Bedarfsabklärung im Bereich Suchthilfe für Alkoholabhängigkeit<sup>8</sup>. Die Fragestellung wurde auf das Behandlungsangebot für andere Substanzstörungen ausgeweitet. Gemäss den Ergebnissen der Analyse kann die Versorgung grundsätzlich als gut und bedarfsgerecht bezeichnet werden. Der Zugang zum Behandlungsangebot ist gewährleistet. Die Versorgungssituation ist jedoch regional sehr unterschiedlich, d.h. die gesamtschweizerischen Aussagen gelten nur unter Vorbehalt der regionalen Besonderheiten.

---

<sup>6</sup> ebenda, S. 86

<sup>7</sup> [www.suchtindex.ch](http://www.suchtindex.ch); Zugriff 28.08.2014

<sup>8</sup> SCHAUB M, DICKSON-SPILLMANN M & KOLLER Stephan. 2011. „Bedarfsabklärung zu Behandlungsangeboten für Personen mit Alkoholproblemen“ ISGF im Auftrag von Infodrog. Zürich: ISGF. Link: [www.infodrog.ch/index.php/bedarfsabklaerung.html](http://www.infodrog.ch/index.php/bedarfsabklaerung.html)

Aufgrund der Studie wurde folgendes **Optimierungspotenzial** festgestellt:

- Vernetzung und Abstimmung/Koordination der Angebote zwischen den Kantonen: Es reicht nicht, dass sich jeder Kanton auf seine eigenen Bedürfnisse beschränkt, sondern es ist nötig, dass die Situation über die Kantongrenzen hinaus beurteilt und koordiniert wird, um Angebote besser zu profilieren und die Durchlässigkeit zu ermöglichen.
- Ein Bedarf liegt v.a. in der Kurzintervention *Alkohol*/behandlung und teilweise auch in niederschweligen Angeboten. In der Westschweiz beispielsweise gibt es vergleichsweise wenig niederschwellige Angebote für Drogen- und Alkoholabhängige und wenig Konsumräume.
- Stärkung der Früherkennung und -intervention
- Förderung der Komplementarität von psychosozialen und medizinischen Ansätzen
- In Bezug auf verschiedene Zielgruppen wie Jugendliche, ältere Menschen, Kinder aus suchtbelasteten Familien fehlen noch spezifische (ambulante) Angebote. Interessant ist, dass sich hier im Vergleich zur Situationsanalyse 1993 im Bericht „Reha 2000“ nicht viel geändert hat.
- Die Zusammenarbeit zwischen der Selbsthilfe und der professionellen Suchthilfe: Selbsthilfeorganisationen fühlen sich von den Suchtfachleuten nicht ernst genommen.<sup>9</sup>
- Der Bedarf an Angeboten für Langzeitwohnen, insbesondere für langjährig Drogenkonsumierende und ältere KlientInnen
- Neue Zugänge zu Suchttherapien z.B. über Onlineberatung. Hier ist in der Zwischenzeit mit dem Pilotprojekt [www.SafeZone.ch](http://www.SafeZone.ch) mit Chats, E-Mailberatung und Forum ein Vernetzungsangebot in der Onlineberatung im Suchtbereich für die gesamte Schweiz geschaffen worden, an dem sich sieben Kantone aus der Deutschschweiz und dem Tessin mit insgesamt 20 Fachstellen beteiligen.

### **Grenzen einer Spezialisierung und Zielgruppenorientierung**

Spezialisierung bedeutet Profil (z.B. männerspezifisches Angebot; Angebot für Jugendliche mit der Möglichkeit, eine Lehre zu absolvieren), aber auch Bedarf. Die Bedarfsplanung erfolgt meistens kantonal, und so definiert sich innerhalb der Kantonsgrenzen, welche Angebote benötigt werden. Eine überregionale Planung existiert nur ansatzweise. Zuweisungen werden zudem kommunal oder kantonal gesteuert, und der Trend zur Bevorzugung der durch die Krankenkasse finanzierten Angebote hält nach wie vor an.

---

<sup>9</sup> Am 27. März 2014 führte Infodrog eine Tagung zum Thema „Selbsthilfe und professionalisierte Suchthilfe – Welche Zusammenarbeit?“ durch. Sämtliche Dokumente zur Tagung siehe unter [www.infodrog.ch/index.php/selbsthilfe-tagung-2014.html](http://www.infodrog.ch/index.php/selbsthilfe-tagung-2014.html)

Die bestehenden spezialisierten stationären Angebote existieren schon lange, neue wurden in den letzten Jahren keine mehr geschaffen. Besteht Bedarf für neue Zielgruppen wie beispielsweise bei der Versorgung von älteren KlientInnen mit einer Suchtproblematik, zielt die Tendenz eher in Richtung Integration in die Regelversorgung als Schaffung von neuen spezialisierten Angeboten oder wird über Konzeptanpassungen bei bestehenden Institutionen erreicht.

In Einrichtungen mit einem breiten Versorgungsauftrag sollen die verschiedenen Zielgruppen eine angemessene Behandlung erhalten. Der Umgang mit der Diversität ist eine fachliche Notwendigkeit. QuaTheDA trägt diesem Umstand in den formulierten Anforderungen Rechnung; Infodrog hat den Leitfaden „Diversität in der Suchtarbeit“<sup>10</sup> herausgegeben. Im Konstrukt „Diversität“ ist der Umgang mit vielen Aspekten bzw. Zielgruppen enthalten: Migration, Gender, Alter, Kinder, Jugendliche, KlientInnen mit einer Massnahme, Komorbidität, unterschiedlicher sozio-ökonomischer Status. Die Betreuung und Therapie muss dementsprechend gewichtet und angepasst werden.

## 6. Herausforderungen und Ausblick

Die Auslastung der stationären Suchttherapieeinrichtungen ist gut bis sehr gut (2013: 89%). Die Institutionen nehmen aber nicht mehr nur SuchtklientInnen, sondern immer häufiger auch Personen mit anderen Belastungen auf und erreichen damit eine gute Belegungsquote. Diese Entwicklung wird sich vermutlich zukünftig noch akzentuieren.

Personen in Heroin gestützter Behandlung werden zunehmend älter. Es ist naheliegend, dass das Durchschnittsalter der in Behandlung stehenden OpiatklientInnen auch im stationären Sektor steigen wird. 55% der Opioidabhängigen in Behandlung beziehen zudem ihr Einkommen hauptsächlich aus der Fürsorge oder erhalten eine Rente, was sich wiederum auf die Aufgabe und den Auftrag der stationären Therapie auswirkt.

Per 1. Oktober 2013 wurde das Ordnungsbussenmodell bezüglich Cannabis eingeführt. Insbesondere Erwachsene, welche mit einer kleinen Menge Cannabis erwischt werden, werden nicht mehr einer Beratungsstelle zugewiesen. Ob sich der Anteil CannabisklientInnen in ambulanter Beratung und Behandlung dadurch ebenfalls verkleinert, bleibt zu beobachten.

Die Integration von Suchthilfeangeboten in die psychiatrische Regelversorgung wird derzeit von einigen Kantonen geprüft. Was das für die verschiedenen Angebote bedeutet, muss regional genauer angeschaut werden, insbesondere wie die sozialtherapeutische Betreuung oder die Unterstützung und Betreuung von Angehörigen abgedeckt wird. Sinnvoll und aus fachlicher Sicht zu fordern sind nach wie vor eine überkantonale Abstimmung und Zugänglichkeit zu spezifischen Angeboten. In Zukunft wird der Netzwerkgedanke eine wichtige Rolle spielen, egal welche Lösungen schliesslich gewählt werden: die Zusammenarbeit zwischen der Suchthilfe

---

<sup>10</sup> Infodrog (Hrsg.). 2013. Diversität in der Suchtarbeit - Leitlinien zum Umgang mit der Vielfalt der KlientInnen. Bern: infodrog. Download: [www.infodrog.ch/index.php/diversitaet.html](http://www.infodrog.ch/index.php/diversitaet.html)

einerseits und medizinischen Angeboten, der Regelversorgung, Jugendhilfe, Justiz, Betagtenbetreuung, Migrationsfachstellen, Selbsthilfeangeboten andererseits.

Die Frage nach der künftigen Entwicklung stellt sich nicht nur für den stationären Sektor, sondern für die gesamte Suchthilfe: die ambulanten Stellen mit einem breiteren Aufgabenspektrum, die Substitutions- und die Heroin gestützte Behandlung. Die breite und vertiefte Auseinandersetzung betreffend des Zusammenspiels der Akteure und der Position der Angebote innerhalb des Suchthilfesystems steht am Anfang – die stationäre Suchttherapie wird diese Diskussion nicht alleine führen.

Das BAG hat das IUMPS mit der Durchführung einer Studie beauftragt, um Grundlagen für die Skizzierung der Zukunft der Suchthilfe zu erarbeiten. Nach Vorliegen der Ergebnisse (voraussichtlich Herbst 2014) plant das BAG die Einleitung eines Prozesses „Zukunft der Schweizer Suchthilfe“, um – analog zum damaligen Bericht „REHA 2000“ – eine Grundlage zu erarbeiten, worauf bei der künftigen Planung und Umsetzung geachtet werden muss. Auf der politischen Agenda steht zudem die Erarbeitung einer Suchthilfestrategie – in Zusammenhang und abgestimmt mit den übergeordneten Prozessen der NCD-Strategie und der Gesundheit 2020.

### 3 „Die moderne Tragik der Anti-Heldinnen“ – szenische Lesung aus „Bier für Frauen“

In „Bier für Frauen“ von Felicia Zeller erzählen sich junge Frauen unter zunehmendem Alkoholkonsum Geschichten aus ihrem Leben. Ungebrochener Ausdruckswille trifft auf das Unvermögen, sich zu erinnern und Gedanken zu ordnen. Die Schauspielerin Judith Cuénod liest ausgewählte Passagen.

#### **Ausschnitte aus der szenischen Lesung**

Ich trink ja eigentlich keinen Alkohol mehr. Ich mach' ja eigentlich eine Alkoholkur. Seit gestern mach ich jetzt diese Alkoholkur, also gestern hab ich zum Beispiel nichts, ja, weil Alkoholkur heisst ja nicht-Alkohol-trinken, Alkoholkur heisst ganz klar Kamillentee, ja.

Na ja, ich stand so vor der Tür und dacht' mir, reinschauen kannst ja mal. Das ist aber nicht, das ist eher so, ich wollte ja gar nicht, bin aber dann doch, quasi wie von selbst, von mir selbst, irgendwie, schon vor der Tür, aufs Gemeinste überredet worden.

Kurz reingehen, hallo-sagen, weil einfach so vorbeilaufen ist ja auch irgendwie...

Sonntag muss ich irgendwie zuviel getrunken haben und am Montag auch. Und dann die ganze Woche, morgens den ganzen Tag. Vielleicht hab ich mich auch irgendwie verliebt oder so, jedenfalls hab ich mich nicht gut gefühlt und deshalb sofort drei Avena Sauer, um wenigstens den Magen, so ein Kräuterschnaps, hab ich mir gedacht, aber irgendwie war das doch nicht die richtige Lösung. Haferschleim, denke ich, jetzt, Montag, Möhren, aber nur gekocht. Dabei wird mir schon ganz schlecht, schon allein bei dem Gedanken.

Zurzeit beobachte ich mich selber: Ach, jetzt lauf' ich wieder die Strasse entlang, ach jetzt steh' ich wieder da und da, jetzt geh' ich da rein, da vorbei und alle sehen mich, wie ich da. Gleichzeitig beobachte ich mich selber und sehe, wie sie mich sehen, wie ich mich bücke, wie ich jetzt den Arm hebe, ich hebe den Arm, ich weiss, man sieht mich, meine Brüste, das Hemd, ich drehe mich um, die Augen im Rücken, die Augen der andern, im Fenster, meine eigenen, hier, jetzt lass' ich was fallen, ach jetzt bücke ich mich wieder, jetzt bückt sie sich wieder, ich hebe es auf, und jetzt geh' ich so weiter, da geh' ich die Strasse entlang und wie ich da so entlanglaufe, denke ich, Mensch! Mädchen! Gut gelaufen!

Judith Cuénod, geboren 1989 in Basel, ist freischaffende Schauspielerin in Zürich und trat auf verschiedenen Bühnen auf wie dem Theater an der Winkelwiese in Zürich, Theater Tuchlaube Aarau, Theater Kanton Zürich, Luzerner Theater, Berner Stadttheater, Schauspielhaus Zürich. Mehr siehe:

<http://tinyurl.com/onfcezg>

## 4 Personen mit Dualdiagnose – eine besondere Herausforderung

Sennhütte – Fachinstitution für Suchttherapie, Zug

Barbara Ingenberg, dipl. Psychologin FSP, integrative Gestalttherapeutin, FSP Notfallpsychologie; Geschäftsführerin Sennhütte

### Inhalt

1 Zielgruppen

2 Therapieangebot

3 Was läuft erfolgreich?

4 Warum Spezialisierung?

5 Herausforderungen im Aufnahmeverfahren

6 Herausforderungen während des Therapieaufenthaltes

7 Herausforderungen im Team

Wahrscheinlich trage ich mit meinen Ausführungen Wasser in den Rhein, weil heutzutage alle stationären Therapieeinrichtungen vom Thema Dualdiagnose betroffen sind. Aber ich werde Ihnen gerne von unseren Erfahrungen berichten.

*Vor einiger Zeit habe ich verschiedene ehemalige KlientInnen angeschrieben. Eine Klientin antwortete mir, dass es ihr gut gehe und dass sie für sich einen Leitsatz gefunden habe, der ihr immer dabei geholfen hat, das Leben zu bewältigen: „Dass die Vögel der Sorge und des Kammers über Deinem Haupte fliegen, kannst Du nicht ändern. Aber dass sie Nester in Deinem Haar bauen, das kannst Du verhindern.“ (chinesisches Sprichwort)*

Die Sennhütte liegt im Kanton Zug an einer sehr schönen Lage. Die Institution ist klein (10 Plätze) und sehr familiär. Wir arbeiten immer noch abstinentenorientiert. Eine abgeschlossene Entzugsbehandlung ist Voraussetzung für die Aufnahme – wir behandeln keine MethadonpatientInnen, auch keine Personen mit Benzodiazepin-Medikation. Diese Entscheidung beruht auf schlechten Erfahrungen, die wir gemacht haben. Im speziellen Fall einer Klientin, die seit vielen Jahren Benzodiazepine konsumierte und der ein totaler Entzug nicht zugemutet werden konnte, wurde die Aufnahme von einer behandelnden Ärztin empfohlen, verbunden mit dem Vorschlag, die restliche Dosierung während der Therapie abzubauen. Diesen delegierten Entzugsauftrag an unsere Institution konnten wir schlussendlich nicht realisieren. Das Problem des Entzugs wurde in die stationäre Therapie verlagert. Gerade die letzte Etappe des Benzodiazepin-Entzugs ist ziemlich heftig.



## 1 Zielgruppe

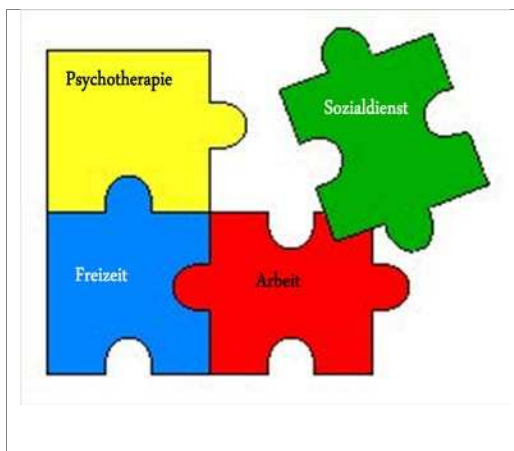
Unsere Zielgruppe sind ...

- Erwachsene Frauen und Männer ab 20 Jahre mit einer *Abhängigkeit von einer oder mehreren Substanzen* (Opiate, Kokain, Alkohol, Medikamente, Amphetamine, Cannabis, Halluzinogene, Ecstasy, andere Designerdrogen)
- *KlientInnen mit Dualdiagnose*: Dualdiagnose umfasst ein breites, nicht zu unterschätzendes Spektrum. Darunter fallen Traumatisierungen wie beispielsweise körperliche/sexuelle Gewalterfahrung. In den letzten Jahren gab es bei uns auch akute Fälle: Bei drei KlientInnen, in deren Familien vor Eintritt oder kurz nach Eintritt Tötungsdelikte vorfielen, verursachten diese Erlebnisse zusätzlich zur Suchtproblematik eine grosse Destabilisierung. Häufig erleben wir bei unseren KlientInnen auch Essstörungen – gerade im Fall von sexuellem Missbrauch bei jungen Frauen ist die Suchterkrankung oft mit Essstörungen kombiniert. Ebenfalls häufig vertreten ist der ganze Bereich der affektiven Störungen wie Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Angst- und bipolare Störungen sowie aktuell die ADHS-Problematik, wobei ADHS häufig in Kombination mit Kokainproblemen auftritt. Die Konstellation Alkohol-Kokain-ADHS kommt bei uns derzeit häufig vor.
- Wir nehmen auch Personen aus dem *Massnahmevollzug* nach Artikel 60 auf. Die Platzzahl ist hier allerdings limitiert: Gemäss unserer Konstellation können wir höchstens ein bis zwei Personen mit Massnahme aufnehmen, denn bei einem brisanten „Mischungsverhältnis“ ist die Entwicklung der Gruppe gefährdet.
- Die Sennhütte führt zudem ein *Kurzprogramm für Kokainabhängige*. Das Programm eignet sich allerdings nur für KlientInnen, die über entsprechende berufliche und/oder soziale Ressourcen verfügen. Wir spüren die Effekte der Kurzzeitangebote, die vonseiten der Kliniken angeboten werden: Es besteht praktisch keine Nachfrage nach Kurzaufenthalten in stationärer Therapie.

## 2 Therapieangebot

Ein wichtiger Faktor in unserer Suchtherapie ist, dass die Psychotherapie im Haus angesiedelt ist. Die PsychotherapeutInnen sind im Team integriert und werden in die Inter- und Supervision einbezogen. Eine gemeinsame, interdisziplinäre Strategie lässt sich so einfacher erarbeiten. Psychotherapie inhouse ist für eine stationäre Therapie natürlich ein Kostenfaktor, aber es lohnt sich.

Abb. 1: Therapieangebot



### 3 Was läuft erfolgreich?

*Die interdisziplinäre Arbeit (Agogik – Psychotherapie) hat sich bewährt; erfolgreiche berufliche Integration:* Praktisch alle regulär ausgetretenen KlientInnen sind beruflich integriert bzw. haben eine berufliche Perspektive. Über die Hälfte dieser Personen arbeitet im ersten Arbeitsmarkt, die anderen Personen im Rahmen einer beruflichen IV-Massnahme. Ich staune immer wieder, wie viele ArbeitgeberInnen bereit sind, den KlientInnen eine Chance zu geben und z.T. sehr individuelle Lösungen zu finden.

*Gut qualifiziertes Personal gefunden:* Gute Mitarbeitende für eine stationäre Therapie sind gut qualifiziert, mit Berufserfahrung im Umgang sowohl mit psychischen Erkrankungen als auch mit Suchterkrankungen, verfügen über ein grosses Herz, grosse Ohren, gute Nerven und viel Geduld.

*Neue Trägerschaft erschliesst zusätzliche Möglichkeiten:* Unsere Trägerschaft hat gewechselt. Die Sennhütte gehört neu zur GGZ (Gemeinnützige Gesellschaft Zug), was uns eine Reihe neuer Möglichkeiten eröffnet: Der finanzielle Druck hat abgenommen, wir haben Zugriff auf die Jobbörse/ Berufsintegrationszentrum und müssen daher nicht mehr alle Angelegenheiten selber organisieren. Die GGZ ist die grösste Arbeitgeberin im Sozialbereich im Kanton Zug, 15 Institutionen sind ihr angeschlossen mit insgesamt 360 Mitarbeitenden. Für die Sennhütte führt diese Teilnahme zu grossen Synergien.

*Vernetzung mit HausärztInnen, KonsiliarpsychiaterInnen und der Klinik Zugersee:* Der Kanton Zug ist aufgrund seiner Grösse speziell: Die im Suchtbereich tätigen Fachleute kennen sich untereinander. Es besteht ein Netzwerk Suchtbereich mit regelmässigen Sitzungen, an denen VertreterInnen der ambulanten Stellen, der stationären Therapien, der Gassenarbeit und der Klinik teilnehmen. Die Zusammenarbeit läuft sehr gut und ist auch sehr nützlich.

*Individuelles Eingehen auf die KlientInnen und hohe Zufriedenheit der behandelten Personen:* Wir gehen sehr individuell auf die einzelnen KlientInnen ein. Die Zufriedenheitswerte bei der letzten QuaTheSI-Befragung waren sehr hoch, obwohl solche Befragungen immer nur eine Moment-

aufnahme sind: Wenn die KlientInnen gerade wütend auf mich sind, sieht die Bewertung vielleicht anders aus.

#### **4 Warum Spezialisierung?**

Unsere Spezialisierung war hauptsächlich eine Reaktion auf die veränderten Bedürfnisse bei der Klientele. Die Sennhütte ist zu klein, um ein vollständiges Angebot für *alle* Zielgruppen zu unterbreiten. Die Einschränkungen beziehen sich auf bestimmte Personengruppen: Wir nehmen z.B. keine KlientInnen mit Methadonsubstitution auf, wir verfügen über kein Angebot für MigrantInnen und sind auch nicht auf MassnahmenklientInnen spezialisiert (nur wenige Plätze). Entscheidend für die Aufnahme ist die Kombination von Sucht und psychischen Problemen.

Vor zwei Jahren haben wir für das Gesamtteam der Sennhütte eine DBT-Fortbildung (Dialektisch-behaviourale Therapie der Borderlinestörungen) durchgeführt. Der Ausbilder stellte uns in Aussicht, dass sich die Sennhütte mit einem zusätzlichen Ausbildungstag als DBT-Organisation zertifizieren lassen könne. Wir lehnten ab. Mit einer DBT-Spezialisierung würden uns vermutlich viele Institutionen Menschen mit einer Borderlinestörung überweisen. Ein oder zwei Personen mit diesem Störungsbild reichen, um die Einrichtung „auf Trab zu halten“. In einer gemischten Klientengruppe sind höchstens ein bis zwei Borderline-KlientInnen vertretbar.

#### **5 Herausforderungen im Aufnahmeverfahren**

Das Aufnahmeverfahren in der Sennhütte ist sehr gründlich. Wir klären seriös ab, ob unsere Einrichtung über das notwendige Therapieangebot, das Knowhow, die Qualifikation und die Mittel verfügt, um den Bedürfnissen der KlientInnen mit ihren speziellen Problemkonstellationen gerecht zu werden. Unter Umständen diskutiere ich mit den betroffenen KlientInnen mögliche Alternativen. Ein Beispiel: Eine junge Frau, Borderlinestörung, Kokainabhängigkeit, Alkoholproblem, Essstörungen, ursprünglich Matura und Lehre abgeschlossen, jetzt IV-Rente, interessierte sich für die Aufnahme in unsere Einrichtung. Mit dieser jungen Frau habe ich besprochen, ob es nicht vernünftiger wäre, sich in einer frauenspezifischen Einrichtung behandeln zu lassen. Sie hat sich gegen diesen Vorschlag gesträubt und sich schliesslich entschieden, ihre Therapie in der Sennhütte zu beginnen, und ist jetzt bei uns.

Ausschlaggebend für die Aufnahme ist also eine saubere Indikationsstellung. Ich möchte auf folgende Indikationskriterien kurz eingehen: Indikation – Kontraindikation, Problemkonstellationen, aktuelle Gruppenkonstellation.

Ein wichtiger Grenzfall ist das Krankheitsbild Schizophrenie. Hier klären wir im Vorfeld sorgfältig ab, was hinsichtlich Therapie für uns möglich ist und was nicht. Wir hatten beispielsweise ein Vorgespräch mit einem Klienten, den sein Vater zu uns brachte. Der psychische Zustand des jungen Mannes war dermassen katastrophal, dass eine Aufnahme in die stationäre Therapie nicht in Frage kam. Wir hatten eine Vorlaufzeit von mehreren Monaten, bis der Eintritt schliess-

lich stattfand. In der Zwischenzeit standen wir mit der psychiatrischen Klinik in Kontakt, führten Gespräche mit den behandelnden Ärzten und der Familie. Erst dann haben wir die Aufnahme durchgeführt. Ein solches Vorgehen kann man natürlich nur in einem kleinen Kanton realisieren, denn der Aufwand ist enorm. Entscheidend ist, dass die Vernetzungsarbeit mit der vorbehandelnden Institution gut funktioniert (telefonisch, Besprechungen vor Ort). Bei allen Bemühungen kann es natürlich auch zu Rückschlägen kommen. Wir hatten einen Klienten mit ärztlicher Verordnung aufgenommen. Mitten im Aufnahmegespräch teilte mir der Therapeut mit, dass der Klient manisch sei. Im Aufnahmegespräch stellte sich heraus, dass der Klient die Klinik getäuscht und seit Wochen die Medikamente nicht eingenommen hatte und uns somit unter anderen Voraussetzungen überwiesen wurde. Es mag sein, dass solche Dinge in einer grossen Klinik nicht auffallen. Bei uns fällt das auf. Wenn die Aufnahme nicht klappt, entstehen grosse Umtriebe mit der Rückverlegung in die Klinik. Es ist nicht unsere Aufgabe, mit einem beispielsweise manischen Patienten Medikamenteneinstellungen durchzuführen.

Daher ist eine gute Kommunikation mit der vorbehandelnden Institution von zentraler Bedeutung: Kontakt mit behandelndem/r Psychiater/in; im Idealfall Besprechungen vor Ort während des Klinikaufenthaltes; bei Fragezeichen Schnuppertage ermöglichen.

## **6 Herausforderungen während des Therapieaufenthaltes**

*Ein Therapieprogramm braucht Flexibilität und Individualität:* Immer wieder ergeben sich viele Diskussionen vor und nach der Gestaltung individueller Lösungen, die viel Flexibilität erfordern. Wenn beispielsweise ein Klient aus der Klinik in die stationäre Therapie übertritt, ist er vielleicht noch nicht in der Lage, einen regulären 8-Stunden-Tag durchzustehen. Die Einrichtung kommt dem Klienten bei der Tagesplanung daher entgegen.

*Diskussionen über Gerechtigkeit versus Individualität:* Auf solche individuelle Anpassungen hin folgen sofort die Einwände von anderen KlientInnen: „Patient x kann sich zurückziehen und ich muss arbeiten“. Ein immer wiederkehrender Diskussionspunkt ist auch die Arbeitssicherheit. Die KlientInnen nehmen Medikamente ein: Welche Maschinen dürfen sie unter diesen Bedingungen noch bedienen, welche nicht?

*Grosse Bandbreite hinsichtlich der Leistungsfähigkeit im Arbeitsbereich zwischen den Personen und auch abhängig von der individuellen Tagesform (Stimmungsschwankungen)*

*Gruppenkonstellation: Wechselwirkung von individuellen Problemkonstellationen*

*Krisenbewältigung und Vernetzung mit medizinischer/ psychiatrischer Betreuung sowie Zusammenarbeit mit IV Stellen:* Es entsteht auch innerhalb der Gruppe eine gewisse Dynamik, insbesondere wenn Krisen auftreten. Dann muss das Netzwerk funktionieren. Die Sennhütte hat den Vorteil, dass wir PatientInnen in einer Krisensituation aufgrund einer speziellen Vereinbarung direkt in eine Klinik überweisen können, ohne den Umweg über eine ärztliche Zuweisung.

## 7 Herausforderungen im Team

*Interdisziplinäres, funktionierendes Team, unterschiedliche Perspektiven:* Das Team besteht aus ArbeitsagogInnen, SozialpädagogInnen, SozialarbeiterInnen, PsychotherapeutInnen mit unterschiedlichen Ausbildungen, Vorkenntnissen und Erfahrungen im Umgang mit psychischen Problemen.

*Gemeinsame Haltung und Strategien entwickeln:* Das Team braucht ein gemeinsames Verständnis bezüglich psychischer Erkrankungen, eine gemeinsame Haltung. Das Team muss als Team funktionieren und an einem Strick ziehen. Ihr kennt hierzu sicher verschiedene Beispiele aus der eigenen Praxis. Am Morgen beklagt sich der Arbeitsagoge, weil er einen Klienten für eine filigrane Schleifarbeit eingeteilt hat, der Klient aber tobend wegrennt. Die Abklärungen haben ergeben, dass der Klient – in den Einweisungspapieren stand zwar Persönlichkeitsstörungen – ein ADHS hat sowie massive feinmotorische Störungen. Da kann man noch so viele Trainingsprogramme in diesem feinmotorischen Arbeitsbereich organisieren – es nützt nichts. Für diesen Mann haben wir schliesslich einen anderen Arbeitseinsatz gefunden.

*Umgang mit ADHS in Arbeitsagogik und Sozialpädagogik:* Die Diskussion im Team über sozialpädagogische Strategien verlaufen teilweise divergent. Wir legen daher grossen Wert auf die Schulung. Unsere SozialpädagogInnen gelangen mit den ADHS-KlientInnen oft an Grenzen. Bei dieser Klientel sieht der Arbeitsplatz immer sehr chaotisch aus. Die SozialpädagogInnen müssen Strategien entwickeln, mit diesen Situationen umzugehen. Wir werden das Problem aber nicht abschliessend lösen.

*Betreuungsintensität, Mehraufwand, störungsspezifische Probleme*

*PraktikantInnen in der Regel ohne Erfahrungen:* VorpraktikantInnen und AusbildungspraktikantInnen verfügen meist über keine Berufserfahrung im Suchtbereich. Die Kombination von Suchterkrankung und Dualdiagnose ist indessen eine besondere Herausforderung. Um Überforderungssituationen vorzubeugen, laden wir neue PraktikantInnen im Rahmen des Anstellungsverfahrens nebst einem Vorstellungsgespräch häufig auch zu zwei bis drei Schnuppertagen ein, damit beide Seiten besser abschätzen können, wie sich die neue Arbeit auswirkt.

*Belastungsfaktoren: z.B. selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität:* Selbstverletzendes Verhalten kann für die KlientInnen ein Mittel sein, ihre Gefühle zu regulieren und sich von übermächtiger Spannung und Angst zu befreien. Die teilweise schweren Schädigungen, die sich die KlientInnen zufügen, und die Gefahr einer möglichen lebensbedrohlichen Eskalation können für die Mitarbeitenden sehr belastend sein.

HEUTE BIN ICH OHNE WECKER  
AUFGEWACHT, HABE GEDACHT  
UND DEN MORGEN MIT  
EINEM LEBEN UND KAFFEE  
ERINNEN VERBRACHT. ICH BIN  
NICHT SOOBER GEGANGEN,  
BIN DAFÜR INS BÜRO ZU FUSS.  
SIMON HATTE SICH NICHT  
GEMELDET, SONDER VERENIGART.  
HABE IHN ANGERUFEN, ER  
WAR KURZ ANGEKUNDEN WOHLE  
MIT DEM FALSCHEN FUSS  
AUFGESTANDEN.

Zielsetzung ist eine realistische Einschätzung des  
Entwicklungspotenzials der KlientInnen. Wie viel  
„Normalität“ ist möglich?

## 5 MassnahmeklientInnen – Deliktorientierte Therapie (DOT) – Den Mut zur Normalität erlangen

Start again – Zentrum für Suchttherapie und Wiedereingliederung, Zürich

Bruno Keller, Dr. phil. Psychologe FSP

Bereichsleitung Therapie start again, individualpsychologischer Therapeut

### Inhalt

1. Mut zur "Normalität"
2. Warum Deliktorientierte Therapie? Deliktorientierte Therapie als zentrales Element zur Bearbeitung der Süchtigkeit
3. Konzept DOT im start again
4. Behandlungselemente
5. Take home messages
6. Austausch

### 1 Mut zur "Normalität"

start again versteht sich nicht als eine auf MassnahmeklientInnen spezialisierte Einrichtung – es gibt andere Therapieeinrichtungen, die anteilmässig mehr Personen mit einer Massnahme betreuen als wir –, aber in unserem Behandlungskonzept ist eine spezialisierte deliktorientierte Therapie integriert, und wir pflegen eine enge Zusammenarbeit mit dem Amt für Justizvollzug (BVD - Bewährungs- und Vollzugsdienste).

Warum habe ich den Titel „Mut zur Normalität erlangen“ gewählt? Wir haben uns auf die Bearbeitung der Süchtigkeit<sup>11</sup> – verstanden als süchtiges Verhaltensmuster und Tendenz eines Persönlichkeitsmerkmals – spezialisiert. Die Veränderung suchtähnlichen Verhaltens, insbesondere delinquenten Verhaltens ist unserer Erfahrung nach immer mit einer Entmutigung verbun-

---

<sup>11</sup> Der Begriff Süchtigkeit, wie wir ihn im start again verwenden, basiert nicht auf einer wissenschaftlich fundierten Definition, sondern hat sich aus unserer Praxis heraus entwickelt. Süchtigkeit ist Ausdruck verschiedener Verhaltensmuster, welche sich Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen während ihrer Abhängigkeit verstärkt zulegen, und diese dann im Alltag auch ohne Substanzkonsum ihren Mitmenschen entgegenbringen. Süchtigkeit kann folgende Verhaltensmuster beinhalten: eine Erwartungshaltung, dass Bedürfnisse sofort befriedigt werden müssen; eine ausgeprägte Egozentrik: alles dreht sich um mich, ohne Rücksicht auf andere; ein verstärktes Ausweichverhalten: unangenehme Gefühle müssen verdrängt werden, geforderten Leistungen geht der Klient aus dem Weg; Verantwortung abgeben: die anderen sind schuld für mein Unvermögen. Dies sind nur einige der vielfältigen Aspekte des Phänomens Süchtigkeit. Bei der Bearbeitung der Süchtigkeit geht es deshalb nicht nur um den Abstand zu und den Verzicht von Substanzen, sondern insbesondere um die Veränderung eben dieser "süchtigen" Verhaltensmuster.

den: Für jemanden, der sein Leben auf der illegalen Seite der Gesellschaft begonnen und dort bestimmte Fähigkeiten und Ressourcen entwickelt hat – die meisten unserer KlientInnen sind Spezialisten in ihrem Bereich der Delinquenz –, erfordert es viel Mut, sich zu entscheiden, das delinquente Verhalten aufzugeben und etwas zu beginnen, das man noch nicht kann, wo man niemand ist. Daher ist es für mich ein zentrales Element, den Mut aufzubringen, ein „Niemand“ zu sein. Und sich aus diesem „Niemand-Sein“ zu einem Menschen zu entwickeln, der auf der „nützlichen Seite des Lebens“ (A. Adler) steht und seinen Beitrag an die Gesellschaft leisten kann. Daher ist Ermutigung ein Prinzip, um sich den geforderten Lebensaufgaben zuwenden zu können.

## **2 Warum Deliktorientierte Therapie (DOT)? Deliktorientierte Therapie als zentrales Element zur Bearbeitung der Süchtigkeit**

DOT ist ein zentraler Bestandteil des Behandlungskonzeptes im start again. Das Konzept umfasst vier Grundsäulen:

- *Systemische Suchttherapie und Familientherapie/ Paargespräche*: Zentral ist die rekonstruktive Arbeit, die durch unsere TherapeutInnen begleitet wird. Jeder Klient, jede Klientin schreibt eine Biografie, die eigene Sucht- und Deliktgeschichte, ein Blick zurück. Wenn möglich werden Familie und Umfeld in den therapeutischen Prozess einbezogen. In der DOT werden die Deliktmuster in der Gruppe, aber auch in Einzelgesprächen bearbeitet.
- *Meditation* (Anapana-Sati, Vipassana) *und Selbsthilfe* (NA, RRS) sind zentrale Elemente des Konzeptes. Wir haben 20 Jahre Erfahrungen mit Meditation und Selbsthilfe. Die DOT haben wir erst vor fünf Jahren konzeptionell integriert. Darum hätte ich erwartet, dass start again eher hinsichtlich ihrer Spezialisierung mit Meditation und Achtsamkeit zum Vortrag eingeladen würde.
- Der individuelle Therapiefahrplan beinhaltet das Ziel, immer *grössere Autonomie und Freiheiten* zu erreichen, verbunden mit einer wachsenden Selbstverantwortung.
- Bei einigen KlientInnen steht die DOT im Vordergrund, bei anderen weniger. Aber niemand kommt darum herum hinzuschauen, welche Rolle Delikte in seinem Leben gespielt haben, unabhängig davon, ob er/sie ein Massnahmeklient/in ist oder nicht.

Die DOT haben wir aus der Grundüberzeugung heraus eingeführt, dass man Sucht nicht behandeln kann, ohne dass man auch die Delikte angeht. Ein zentrales Prinzip von start again ist, dass wir KlientInnen dahin führen möchten, einen neuen Lebensstil mit mehr Lebensqualität und ohne Konsum zu führen – und das geht nur, wenn sie ihr Doppelleben aufgeben, das die Sucht mit sich bringt. Das Doppelleben aufzugeben, bedeutet, neben der Sucht auch die vergangenen Delikte aufzuarbeiten und die Deliktmotivation aufzugeben.



### 3 Konzept DOT im start again

Zusammen mit dem forensischen Psychotherapeuten Torsten Ziesche haben wir die DOT für start again konzeptionell aufgebaut. Auf der einen Seite steht die rekonstruktive Arbeit, auf der anderen Seite die Kompetenzerweiterung und Steuerungsfähigkeit. Die Kompetenzen, die sich die KlientInnen im illegalen Bereich angeeignet haben, können sie in eine andere konstruktive Richtung trainieren. Dazu müssen sie zusätzlich neue Kompetenzen aufbauen. Die Bedeutung, die ein Klient in seiner Rolle als Delinquent hatte, muss er ersetzen können. Gelingt das nicht, wird er unweigerlich wieder in die Delinquenz zurückfallen. Ergänzend zur Kompetenzerweiterung werden Einzel- und Gruppenarbeit durchgeführt, wobei an dieser Gruppe nur DOT-KlientInnen teilnehmen.

Es gibt drei Gründe, warum KlientInnen an dieser spezialisierten Gruppenarbeit teilnehmen:

- Alle MassnahmeklientInnen nach Art. 60 müssen obligatorisch die deliktorientierte Therapie und die deliktorientierte Gruppe besuchen. Das ist in der Vereinbarung mit dem Amt für Justizvollzug (Zürich: BVD) so festgehalten. Dies gilt auch bei ausserkantonalen MassnahmeklientInnen
- Aufgrund der Vorstellungsgespräche zeigt sich, dass KlientInnen Delikte begangen haben und strafrechtlich verfolgt wurden, dass die Vorfälle jedoch abgeschlossen bzw. abgesessen sind. Wir stellen hier die Bedingung, dass KlientInnen mit Delikterfahrung auch dann an der DOT-Gruppe teilnehmen, wenn sie aktuell keine Massnahme haben.
- Zeigt sich im Verlauf des therapeutischen Prozesses, dass Delinquenz ein Thema ist und/oder das Gewaltpotenzial gross ist, wird der Klient während des Therapieprozesses in die DOT aufgenommen.

Der Unterschied zwischen der DOT-Gruppe und der anderen KlientInnen-Gruppe liegt u.a. darin, dass die DOT-Teilnehmenden wissen, das alles, was in der Therapie besprochen wird, nicht nach aussen dringt, auch nicht zu den MitklientInnen im start again. Grundsätzlich haben wir das Prinzip der Transparenz gegenüber der ganzen Therapiegruppe, aber bei der DOT-Gruppe wissen die Beteiligten: Es bleibt in der Gruppe. Diese Schweigepflicht ist zentral. Es braucht sehr viel Vertrauen, dass MassnahmeklientInnen und auch KlientInnen ohne Massnahme ihre Delikte, insbesondere auch Dunkelfelddelikte in den Gruppengesprächen offenlegen und bearbeiten. Die KlientInnen, die länger dabei sind, erklären den Neueingetretenen, wie die Regel läuft und sozialisieren diese in die Gruppenkultur hinein.

Vom Konzept her ist zudem eine gute Kooperation mit der Justiz wichtig: Fallsupervision beim PPD, Psychiatrisch-psychologischer Dienst der Justiz. Die MassnahmeklientInnen sind teilweise ziemliche „Kaliber“, und wir verlangen ihnen in der DOT viel ab. Hier brauchen und erhalten wir die nötige Unterstützung des PPD.

Der Auftrag der Justiz lautet: Erhöhung der Legalprognose. Am Ende der Therapie müssen wir also eine Prognose stellen, inwiefern Delikte, die vom Klienten bisher begangen wurden, nicht mehr begangen werden. Vor allem bei Gewalttätern ist diese Legalprognose ein grosses Thema.

Die DOT ist daher auch klar auf diese Zielsetzung der Justiz hin ausgerichtet. Die Deliktmotivation soll vermindert und die Steuerungsfähigkeit erhöht werden. Die meisten KlientInnen der DOT-Gruppe haben zusätzlich ein Problem mit ihrer Aggressionskontrolle. Mit Hilfe bestimmter Skill-Trainings, der Meditation und der Achtsamkeit haben wir geeignete Instrumente für diese Arbeit. Aikido beispielsweise ist bei uns auch ein Mittel der therapeutischen Arbeit, nicht nur Freizeitaktivität. Über körperliche Arbeit sollen die KlientInnen lernen, mit ihren Aggressionen anders umzugehen.

Zum Frauenanteil: Unsere Therapie bietet Platz für 20 KlientInnen. In der Regel beträgt der Frauenanteil 20-25%, wir sind daher keine reine Männereinrichtung. Der Anteil schwankt jedoch stark: Wir hatten auch schon nur eine oder zwei Frauen, aber auch einen Frauenanteil von 50%. Es gibt auch Frauen, die an der DOT-Gruppe teilnehmen. Je nach Thematik kann es allerdings heikel werden. Wir hatten in einer DOT-Gruppe beispielsweise einen jungen Mann, der sexuelle Übergriffe begangen hatte, und gleichzeitig eine Frau, die selber Opfer von sexueller Gewalt wurde und deren Delikte dann eine Racheaktion auf die erfahrene Gewalt waren. In der Gruppe wurde besprochen, wie viel sich die Frau selber zumutet und wo die Einrichtung Grenzen setzen muss, um die Frau vor Selbstüberschätzung und Überforderung zu schützen. Im konkreten Fall stellte sich heraus, dass die Frau die Thematik in der DOT-Gruppe behandeln wollte, weil sie den Klienten gut kannte. Sie konnten beide einen gewissen Perspektivenwechsel vornehmen. Grundsätzlich erfordert es aber je nach Gruppenkonstellation viel Feingefühl, die Verantwortung für den Einzelnen und die Gruppe wahrzunehmen. Vom Konzept her ist es wichtig, dass Gruppen- mit Einzelgesprächen kombiniert werden.

#### **4 Behandlungselemente**

Die folgenden Behandlungselemente zeigen auf, mit welchen Methoden wir arbeiten:

- *Lernen von Transparenz und Offenheit:* Wir fordern Offenlegung aller Straftaten.
- *Deliktreakonstruktion:* Die KlientInnen erzählen detailliert ihre Deliktgeschichte. Sie werden darin unterstützt, ihre jeweiligen Gedanken, Gefühle und Erinnerungslücken wahrzunehmen.
- *Aufhebung kognitiver Verzerrungen:* Zu Therapiebeginn sehen viele KlientInnen ihre Delikte noch ganz anders, sie beschönigen, bagatellisieren, verdrängen. In der Gruppenarbeit wird ihnen von KlientInnen, die bereits länger in Therapie sind, der Spiegel vorgehalten. Aussagen von erfahrenen MitklientInnen haben einen viel höheren Stellenwert, als wenn ich als Therapeut etwas sage, der ich nie Delikte begangen und nie im Milieu gelebt habe.
- *Förderung der affektiven Kompetenz:* KlientInnen lernen, ihre eigenen Gefühle besser wahrzunehmen und einzuordnen, um Risiken frühzeitiger zu erkennen.
- *Schaffung eines Täterbewusstseins:* Die KlientInnen erfahren die verschiedensten Aspekte ihres Tatverhaltens und werden so zu "ExpertInnen". Sie übernehmen deliktspezifische Verantwortung.

- *Erlernen von Perspektivenwechsel und Opferempathie:* Die KlientInnen lernen, durch das Einnehmen der Perspektive des Opfers ein Gefühl für das Opfer zu entwickeln.
- *Permanenter Wachsamkeitspegel – Rückfallprävention:* Die KlientInnen üben eine durchgehende Aufmerksamkeit gegenüber allen tatrelevanten Aspekten, um so Risikoentwicklungen frühzeitig zu erkennen. In der ersten Runde in der DOT-Gruppe wird betrachtet, in welchen Situationen sich der delinquente Persönlichkeitsanteil in der letzten Woche zeigte. Er zeigt sich beispielsweise im Ausgang, wenn jemand im Supermarkt auf den Gedanken kommt, er könne die Dinge mitgehen lassen, er habe es ja früher auch so gemacht und der Laden komme dadurch nicht zu Schaden.
- *Arbeit mit Fantasien:* Der delinquente Persönlichkeitsanteil kann sich auch während eines Konfliktes in Form von Gewaltfantasien zeigen. Mit solchen tatrelevanten Fantasien wird gearbeitet. Die KlientInnen lernen, sie zu kontrollieren und zu verändern.
- *Erhöhung der Steuerungsfähigkeit:* KlientInnen lernen, das eigene Verhalten besser zu steuern, um allgemein ihre Selbstkontrolle zu erhöhen. Sie können Konflikte oft nicht konstruktiv austragen, sondern sprechen rasch Drohungen aus, die in Gewalt enden können.
- *Deliktteilarbeit:* Arbeit an der Täteridentität, dem inneren Deliktteil (Persönlichkeitsanteil), um ihn zu verändern. Hier geht es darum, dass jeder Klient bei sich einen "Deliktteil" und "gesunde Anteile" identifizieren kann und diesen Deliktteil mehr und mehr zu kontrollieren lernt.
- *Soziales Kompetenztraining:* Das Erlernen von Skills für ein adäquates Verhalten in vielfältigen Lebenssituationen, Beziehungen, Konfliktsituationen, Freizeit und am Arbeitsplatz. Dazu gehört das Erlernen eines angemessenen Umgangs mit Aggressionen.

Diese genannten Inhalte behandelt der forensische Therapeut auch in den Einzeltherapien. In der DOT-Gruppe steht immer eine Person im Fokus, und wir schauen ihre Deliktbiografie an. Wann begann die Person beispielsweise, Noten im Zeugnis zu fälschen? Wie gingen die Eltern damit um? Bis hin zu den größeren Delikten, die Schaden anrichteten und strafrechtlich verfolgt wurden. Aufgrund dieser Biografie werden Deliktmuster herausgearbeitet. Ziel ist die Früherkennung. Das grundlegende Ziel ist, dass die Betroffenen (ein)sehen: Ich kann mir keine Delikte mehr erlauben, ich kenne die Konsequenzen. Hierfür braucht es die *Fähigkeit*, Delikte nicht mehr zu begehen. Andere KlientInnen haben das Ziel, sich beim Delinquieren nicht mehr erwischen lassen. Das oberste Ziel wäre, dass jemand zur Einsicht gelangt, dass er keine Gewalttaten mehr begehen möchte, weil er heute ein anderes Leben führen möchte, ein Leben ohne Delikte. Dieses Ziel erreichen wir mit den meisten KlientInnen. Als Langzeittherapie (12-18 Monate) haben wir auch Zeit für diesen Veränderungsprozess.

## 5 Take home messages

Das Ausleben der Süchtigkeit und des Delinquenzverhaltens sind im Kern zwei Seiten der gleichen Problematik, nämlich das Ausleben der eigenen Bedürfnisse auf Kosten Anderer (Egozentrik). Von der Dualdiagnose her sind dabei dissoziale Persönlichkeitsstörungen von Bedeutung, aber auch andere Persönlichkeitsstörungen, narzisstische Kränkungen, Borderlinestörung, die mit Gewalt und Schlägereien verbunden sind.

Das Ziel ist es, ein „normales“ Leben zu führen und die Energie und die Ressourcen auf die „nützliche Seite des Lebens“ (A. Adler) umzulenken. Das bedeutet aber auch, die ungewohnte, unspektakuläre und zuweilen langweilige Seite des Lebens schätzen zu lernen. Deliktbearbeitung und ein „normales“ Leben zu führen erfordern viel Mut ... weg vom Egozentrismus hin zum Gemeinwohl.

## 6 Austausch

Wie wirkt sich die Subgruppe der DOT-KlientInnen auf die Gruppendynamik in der Institution aus?

Im start again beträgt der Anteil KlientInnen mit einer Massnahme 40%, davon nimmt die Hälfte an der DOT-Gruppe teil. Auch wenn wir vom Konzept her DOT anbieten, sind wir keine auf diese Thematik spezialisierte Einrichtung, die ausschliesslich mit MassnahmeklientInnen arbeitet. Wir pflegen eine Kultur des sozialen Zusammenlebens, die auf gegenseitige Hilfestellung und auf die Entwicklung von Empathie ausgerichtet ist. Wenn wir zu viele neue Personen mit Massnahme aufnehmen würden, könnte das für die Gruppe nachteilige Folgen haben. KlientInnen, die direkt aus dem Gefängnis oder dem Milieu in die Therapie eintreten, haben noch eine ganz andere Lebenshaltung. Wenn sie dann noch über eine starke Persönlichkeit verfügen, die in die Gruppe hineinwirkt, dann kann die Dynamik kippen, so dass sich die anderen KlientInnen auf die "Subkultur" dieser KlientInnen ausrichten. Wir arbeiten stark damit, dass im start again eine ganz bestimmte Kultur des Zusammenlebens besteht und neueintretende KlientInnen sich an diese Kultur anpassen lernen. Wenn sich beispielsweise zwei, drei KlientInnen zusammenschliessen und eine Subkultur bilden, kann sich das auf die ganze Gruppe auswirken. Wir hatten mal einen Klienten, vor dem hatten sogar die Mitarbeitenden Angst. Im Rahmen des Gruppenprozesses verfügen wir in solchen Fällen ein sog. "closed house": Wir klären, wie die weitere Zusammenarbeit aussehen soll. Die KlientInnen wollen ja etwas verändern, weg von der Sucht, auch wenn sie von der Justiz her kommen.

Literatur: [www.startagain.ch/downloads/Jahresbericht 2012](http://www.startagain.ch/downloads/Jahresbericht%2012)

## **6 Männerspezifische Suchttherapie – Die Feigheit vor dem eigenen Mannsein**

casa fidelio – Rehabilitationszentrum für suchtabhängige Männer, Niederbuchsiten

Herbert Müller, dipl. Heilpädagoge und Sozialtherapeut, Co-Geschäftsleitung und Leitung  
Therapie

### **Inhalt**

- 1 Männerspezifische Suchttherapie - das klare Profil hat sich bewährt
- 2 Charakteristika der Männer in casa fidelio und ihre Herausforderungen
- 3 Die therapeutische Arbeit in der casa fidelio
- 4 Mann und Gesundheit
- 5 Unsicherheiten in der männlichen Geschlechterrolle

### **1 Männerspezifische Suchttherapie - das klare Profil hat sich bewährt**

Die Angebote für suchtabhängige Menschen sind heutzutage sehr differenziert: Therapieangebote für Jugendliche, Frauen, Männer, Migranten, Straftäter, Internetsüchtige, Spielsüchtige, Drogen- und Medikamentensüchtige usw. Ob es das braucht, diese Frage stellt sich unsere Gesellschaft seit langen nicht mehr. Aber sobald es um die Finanzierung der Therapien geht, erleben wir eine schizophrene Haltung. Alles wird schnell in Frage gestellt, und man stützt sich auf billigere undifferenzierte Therapiemöglichkeiten ab, mit zweifelhaftem Erfolg. Diese Klientel landet dann oft über kostspielige Umwege oder über die Justiz schlussendlich doch bei uns. Oder sie gehen in Methadonabgaben bei den Hausärzten und -ärztinnen vergessen.

Gerade Männer und Frauen unterscheiden sich auch in ihren Konsummotiven, den Gründen sowie dem jeweiligen Suchtverlauf gravierend voneinander. Bewältigungsstrategien, aber auch das Rückfallverhalten sind oft sehr unterschiedlich.

Die Erkenntnis, dass eine geschlechtsspezifische Arbeitsweise die Professionalität und Qualität steigert und zu grösserem Erfolg und zu Nachhaltigkeit führt oder beitragen kann, hat sich noch nicht durchgesetzt. Auch gerade bei den Kostenträgern hat man dies nur zum Teil zur Kenntnis genommen. Der Erfolg der Suchtarbeit hängt massgeblich davon ab, wie zielgruppengenaue, bedarfsorientiert und lebensweltnah die Angebote ausgerichtet sind.

Die casa fidelio in Niederbuchsiten/ SO besteht jetzt schon seit 1993. Wir haben für unser Angebot von Anfang an ein klares Profil geschaffen, was sich bis heute bewährt hat:

#### *männerspezifische Arbeit*

- männerspezifische Suchttherapie für Männer ab dem 25. Lebensjahr
- Männer als Mitarbeiter begleiten Männer: Hinterfragen des Bisherigen und Aufbau einer neuen Identität in der Auseinandersetzung mit männlichen Bezugspersonen
- starker Fokus auf Integration
- Wir arbeiten seit Jahren mit Männern mit Doppeldiagnose, unterstützt von der KPK Solothurn.
- Zusammenarbeit mit unserer frauenspezifischen Partnerinstitution Lilith in Oberbuchsiten: Zusammen mit Lilith können Paare eine Therapie machen oder auch Paargespräche in Anspruch nehmen. Des Weiteren arbeiten wir immer sehr gerne auch mit den anderen Institutionen vom Suchtverband zusammen.
- Seit 14 Jahren haben wir die deliktorientierte Arbeit in unserem Therapieprogramm integriert.
- Seit zwei Jahren ist ein Eintritt auch für substituierte Klienten möglich, dies mit dem Ziel der Reduktion bis zum völligen Ausschleichen der Medikamente.

#### *Männer- und migrationsspezifische Arbeit*

- Projektarbeit gehören für jeden Bewohner zum Programm und hat in der casa fidelio Tradition: Jeder unserer Bewohner führt im Laufe seines Therapieaufenthaltes ein Projekt durch. Das kann etwas Handwerkliches oder auch etwas Künstlerisches sein. Das Ziel ist eine verbesserte Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten. Die eigenen Ressourcen erkennen und nutzen, Neues erfahren, Teamfähigkeit verbessern.
- Mannsein, Gesundheit und Körperbewusstsein stehen täglich im Fokus.
- Wir arbeiten von Anfang an mit unserem Migrationskonzept, welches wir regelmässig anpassen. Im Augenblick befinden sich acht Männer mit Migrationshintergrund in der casa fidelio. Das hat einen grossen Einfluss auf den Alltag, da sprachliche Defizite zu Beginn immer wieder zu Missverständnissen führen. Aber gerade auch für diese Bewohnergruppe ist das männerspezifische Angebot eine grosse Hilfe für ihre Integration. Für die „Schweizer“ unter den Bewohnern fördert es das Verständnis für andere, fremde Lebenswelten und baut Vorurteile und Ängste ab.
- Kulturspezifisch zu arbeiten bedeutet auch, dass wir im Team wissen, wo die Männer herkommen und was für eine persönliche Geschichte sie mitbringen. Acht von 21 Männern sind ausländischer Herkunft: zwei aus der Türkei, zwei aus Portugal sowie je ein Mann aus Italien, Algerien, Kroatien und Angola.
- Das Leben dieser Männer ist geprägt durch ihre Sprache, das Männerbild, bestimmte Essgewohnheiten, ihre Religion, Gewalterfahrung. Es sind ganz klar entwurzelte Männer. Teilweise müssen sie mit einer Abschiebung nach der Therapie rechnen (Situation der letzten Chance).

#### *Qualitätsorientiertes Arbeiten*

- Wirtschaftlichkeit, Qualitätsmanagement und regelmässige Innovationsprojekte gehören zu unserem Alltag. Da wir uns seit jeher nur durch Taggelder finanzieren, mussten wir von Anfang an gut rechnen. Dabei ist uns z.B. die monatliche Finanzkontrolle durch ein Treuhandbüro eine grosse Hilfe. So sind wir immer „auf der Höhe“ betreffend des aktuellen Geldflusses.
- casa fidelio war die erste Suchtinstitution in der Deutschschweiz, die nach QuaTheDA zertifiziert wurde. Qualitätsmanagement steht nicht nur auf dem Papier, sondern es wird auch gelebt. Auch unsere Bewohner haben einen eigenen Qualitätszirkel, der sich regelmässig trifft.
- Die starke Identifizierung unserer Mitarbeiter mit der Institution führt zu langfristigen Anstellungsverhältnissen. Ein wichtiger Punkt: Unsere Mitarbeiter haben grösstmögliche Freiräume in der Gestaltung ihrer Aufgaben. Wir pflegen eine transparente Institutionskultur mit einer klaren, aber flachen Hierarchie und grossen Mitsprachemöglichkeiten. Das bedeutet wenig Personalwechsel, was sich gerade in der Begleitung der Bewohner als stark vertrauensbildende Komponente erweist. Kontinuität auf jeder Ebene führt zu weniger Beziehungsabbrüchen, was sich auch bei der Rückfallbearbeitung und in Krisensituationen positiv auswirkt.

#### *Vernetzung mit anderen Institutionen*

- Wir vernetzen uns gerne und dauerhaft mit anderen Einrichtungen im Suchtbereich und mit Verbänden.
- Wir verstehen uns als wichtigen und notwendigen Teil des Suchthilfesystems der Schweiz. Wir betreiben ein aktives Netzwerk z.B. mit dem Suchtverband, dem Dachverband der stationären Suchtinstitutionen (SDSS) und weiteren Institutionen.
- Zusammenarbeit mit verschiedenen Forschungsinstitutionen wie z.B. mit dem ISGF lassen uns wach sein für alle nötigen Veränderungen unserer Arbeit mit suchtmittelabhängigen Männern.
- Wir bieten Ausbildungsmöglichkeiten wie Praktikumsstellen für Männer, die Sozialarbeit oder Sozialpädagogik studieren, an. Für angehende Arbeitsagogen bietet die casa fidelio ein attraktives Arbeits- und Lernfeld.
- Wir haben regelmässige Führungen und Diskussionsrunden mit Schulen, Behörden und Neugierigen in der casa fidelio.
- Wir vernetzen uns regelmässig betreffend gender- und männerspezifischer Suchtarbeit auch mit dem nahen Ausland wie Österreich und Deutschland. Gemeinsame interne Weiterbildungen fördern die Sensibilisierung für männerspezifische Themen.
- Wir gehören von Anfang an zum Dorf und sind mit unserem Therapieangebot für suchtmittelabhängige Männer in der Gemeinde akzeptiert.

#### *Arbeitsintegration*

- Ein wichtiges Standbein unserer Einrichtung ist die berufliche Integration. Wir unterhalten enge Kontakte zu Firmen in unserer Umgebung (Arbeitsintegration und Ausbildung). Immer häufiger kommen Bewohner zu uns, die im ersten Arbeitsmarkt praktisch keine Chancen haben. Wir schaffen es dennoch immer wieder, auch für diese Menschen eine halbwegs zufriedenstellende Arbeitsstelle zu finden. Das braucht vor allem Arbeitstraining, viel Zeit und

Geduld. Ein Netz von Firmen, mit denen wir im Laufe der Jahre ein Vertrauensverhältnis aufgebaut haben, hilft uns dabei.

- Schulische und berufliche Begleitung gehört zum Therapieaufenthalt.
- Im arbeitsagogischen Bereich werden die Bewohner vor allem auch mit Arbeiten wie Bauen und Restaurieren von Häusern oder mit sinnvoller ökologischer Haushaltsführung konfrontiert. Die Arbeiten sind immer sehr realitätsnah. Konkrete Arbeitsangebote schaffen auch intern neben der Therapie ein realistisches Trainingsfeld.
- Üben, um später selber ein eigenes Nest bauen zu können: Darum lernt jeder Mann bei uns Haushaltsführung, Budgetieren, Kochen, Wohngestaltung und gesunde Ernährungsmöglichkeiten kennen. Dieses Tool ist sehr intensiv, dauert zwei Monate und ist ein wichtiger Stabilitätsfaktor, um später unabhängig wohnen zu können.
- Das Erwachsenenbildungsangebot mussten wir wegen des grossen Bedarfs weiter ausbauen. Ziel ist es, Ressourcen aufzubauen und fit für den Arbeitsalltag zu werden oder sich überhaupt ein schulisches Grundwissen anzueignen. Männer schämen sich schnell, wenn sie sich dumm vorkommen. Schwäche zulassen können, muss auch gelernt sein.

#### *Väterspezifische Arbeit und Einbezug der Familie*

- Die Familien und Partnerinnen unserer Bewohner werden in den Therapieprozess mit einbezogen. Da unsere Klientengruppe vermehrt aus älteren Männern über 30 Jahre besteht, geht es hierbei vor allem um die Aufarbeitung der Familiengeschichte und der Partnerschaft.
- Ein weiteres Kapitel mit hoher Brisanz sind die Väter, die bei uns eine Therapie absolvieren und entweder das Ziel verfolgen, endlich einmal ein guter, verlässlicher Vater zu werden, oder die ihre Kinder bisher schlichtweg ignorierten.
- Väter sollen erkennen, dass sie, erst wenn sie für sich selber Verantwortung für und Respekt vor ihrem eigenen Leben entwickeln, ihre Liebe an ihre Kinder weiter geben können. Das ist nur möglich, wenn der Mann auch genügend gute Vorbilder im täglichen Leben hat. Unsere Väter haben die Möglichkeit, an den Wochenenden und in den Ferien ihre Kinder zu sich zu nehmen. Sie werden dabei von ihren Therapeuten begleitet. Mehrere Väter gestalten auch immer wieder Vater-Kind-Freizeitaktivitäten zusammen. Neben dem Beziehungsaufbau steht die Rolle als Vater im Mittelpunkt, gerade im Alltag und nicht nur als Freizeit- und „Fan-Vater“. Sehr schnell erleben unsere Männer, wie sie an ihre eigenen Grenzen stossen. Da sind auch wir Mitarbeiter gefordert, als Mann, als Vater und Partner. Unsere Klienten sollen sehen, wie sich alle hier in der casa fidelio auf diesem Weg befinden und bereit sind, an ihren Unzulänglichkeiten zu arbeiten.

## **2 Charakteristika der Männer in casa fidelio und ihre Herausforderungen**

Alle Männer, die in die casa fidelio eintreten, haben den Umgang mit ihren eigenen Grenzen verloren: Sie sind schwach, haben keine Orientierung; sie haben Gewalt erlebt als Täter und als Opfer. Sie sind auf verschiedenen Ebenen „Versager“: beruflich, in ihren Beziehungen, haben Schulden angehäuft, erleben eine Vielzahl von Abhängigkeiten.



Und sie verfolgen ein Ziel: Sie wollen fähig werden, ihr Leben wieder selbständig in die Hand nehmen zu können. Dazu dient auch die Möglichkeit, mit einer Substitution in die casa fidelio einzutreten, immer mit dem Ziel eines ärztlich begleiteten, stufenweisen Abbaus des Substituts.

In der casa fidelio erleben wir im Alltag vor allem, wie wichtig es für unsere Klientel ist, dass sie sich – nicht abgelenkt vom anderen Geschlecht – mit ihrer Maskulinität, ihrem Risikoverhalten und ihrer Sucht auseinandersetzen können.

Wie in allen anderen stationären Therapieeinrichtungen erleben auch wir den grossen Zeitaufwand, den es für eine gewissen Nachreifung und Flüggewerdung als Mann bzw. als Frau braucht, um den Alltagsanforderungen in unserer Lebenswelt gerecht werden zu können. Und um diese Anforderungen auch ertragen zu können. Als erstes sieht man den Körper, der lange Jahre vernachlässigt worden ist. Sich und seinem Körper etwas Gutes zu tun, auf ihn hören zu lernen, ihn lieb haben zu lernen, ist für viele Männer ein sehr schwieriges Unterfangen. Sich an dieses heikle Thema herauszuwagen, fällt dem einzelnen Mann unter seinesgleichen leichter. Im therapeutischen Setting ist er weniger abgelenkt und sieht vor allem die anderen Männer um sich, die das Männlichkeitsgehalte nicht mehr nötig haben. Auch müssen gerade diejenigen Männer, die gross und stark sind, ihr Beschützersyndrom viel weniger ausleben. Bei uns in der casa fidelio gibt es in diesem Zusammenhang auch nicht mehr den obligatorischen Fitnessraum, der nach „Schweiss, Blut und Tränen“ riecht. Wir haben alle Folterinstrumente entfernt und ein der Physiotherapie entnommenes Aufbauprogramm eingeführt. Das Programm wird regelmässig von externen Physiotherapeuten angeleitet.

Des Weiteren ist es uns ein Anliegen, die Männer für das Schöne und Langlebige empfänglich zu machen. Das sieht man gerade in den Bauverwirklichungen wie der Lehmkuppel, der Wohnhausgestaltung oder dem neuen Schulungshaus und Integrationsbüro. Das i-Tüpfelchen ist die sog. Wohnkiste: ein Wohnatelier, das jeder Mann, der in der letzten Therapiephase der Integration steht, für ein oder zwei Monate bewohnt. Er arbeitet extern, geht also früh zur Arbeit und kommt am Abend nach Hause. In dieser Phase erkennen wir, wie eigenständig jemand ist, wie er beispielsweise seine Finanzen einteilt, weil er für sich selber einkaufen und kochen muss, wie er für Sauberkeit sorgt und sich seine Wohnatmosphäre schafft, wie er seine Freizeit selbständig gestaltet. Der Vorteil dieser Übungsphase ist, dass der Mann selber seine Grenzen und Unzulänglichkeiten erfährt und so besser für seine zukünftige Wohnsituation gewappnet ist.

### **3 Die therapeutische Arbeit in der casa fidelio**

...ist vor allem einer Reihe von Tabuthemen gewidmet:

- Angst vor Versagen
- Angst vor Zurückweisung
- Angst vor Kontrollverlust
- Angst vor Beziehungsunfähigkeit: Partnerschaft und Freundschaft, Vatersein, Schwulsein, das Gefühl, nichts wert zu sein

- Angst vor Krankheit
- Angst vor dem Alleinsein
- Angst vor Emotionen
- Angst vor dem Verlassenwerden
- Angst davor, den Arbeitserwartungen nicht gewachsen zu sein
- Angst davor, kein „richtiger“ Mann zu sein
- Aufarbeiten eigener Gewalterfahrung – ein mit den patriarchalen Strukturen eng verknüpftes Phänomen
- Das eigene diffuse Männerbild führt oft zu Gewalt, um dem drohenden Verlust von Macht, der als Verlust von Männlichkeit erlebt wird, entgegenzuwirken.
- In den Gruppen über Gefühle und Scham zu reden: Männerverständnis zu erfahren, ist für die meisten Männer neu und führt zu einem respektvollen Umgang untereinander. Das alles braucht aber viel Zeit. Zeit, die sich lohnt.
- Es gilt, von einem alten, unvoreilhaften und diskriminierenden Männerbild Abschied zu nehmen und sich praktisch als Mann neu zu erfinden. All die eigenen Facetten, die ich als Mann habe, zulassen zu lernen, ohne mich hinter einer Fassade zu verstecken und bei der geringsten Anforderung davon zu laufen oder Suchtmittel zu konsumieren. Vermeintliche Schwächen als Stärke zu erkennen, Gelassenheit und Beharrlichkeit für das, was mir gut tut, zu entwickeln, mir Hilfe holen zu können, mit Lob umgehen zu lernen. Für all diese Dinge muss ein Mann auch eine neue Sprache entwickeln, die differenzierter ist als die bisherige Sprache und durch weniger Abwertung sich selber und dem Anderen gegenüber geprägt ist.
- Männer sind in allen Statistiken, welche (externalisiertes) abweichendes Verhalten erfassen, deutlich übervertreten. Ein Beispiel einer Veröffentlichung des Bundesamtes für Statistik aus dem Jahr 2009 zeigt, das 2008 77'408 Männer verurteilt wurden – das entspricht einen Anteil von 84,8% an der Gesamtzahl von Verurteilungen. Dem stehen 13'863 Verurteilungen von Frauen gegenüber (15,2%). Diese Zahlen haben sich sicher noch erhöht. Evident ist die klare Übervertretung des männlichen Geschlechts<sup>12</sup>.
- Kriminalität und Gewalt im Zusammenhang mit Sucht sind ein zentrales Männerthema, dem unbedingt ein grosser Platz im Therapiesetting mit suchtmittelabhängigen Männern eingeräumt werden muss. In der casa fidelio haben wir die deliktorientierte Arbeit in Einzel- und Gruppensitzungen seit 2002 fest integriert. Sucht und Delinquenz entwickeln sich nicht losgelöst voneinander, sondern stehen in einer Wechselwirkung zueinander. Kriminelle Männer verfügen über eine Reihe von Neutralisierungstechniken, die ihre Wahrnehmung stark prägen und verzerren. Dies führt dazu, dass sie zwar meist den begangenen Gesetzesverstoss erkennen, jedoch nicht das damit verbundene Unrecht sehen und noch weniger ihre Verantwortung dafür übernehmen. In solchen Fällen ist es wichtig, dass die Klienten in der Therapie mit ihren Taten und den Delinquenz fördernden Einstellungen konfrontiert werden. In der casa fidelio hat sich der Anteil von Massnahmeklienten stetig erhöht. Bei den

---

<sup>12</sup> In diesem Zusammenhang möchte ich die folgende Arbeit unseres Mitarbeiters Ferdinand Meile und Claudia Hosang zur Lektüre empfehlen: MEILE Ferdinand & HOSANG Claudia. 2010. Männlichkeit und abweichendes Verhalten. Eine qualitative Studie mit süchtigen Männern im Massnahmenvollzug. Bachelorarbeit an der Hochschule Luzern/ Soziale Arbeit. Link: [http://edoc.zhbluzern.ch/hslu/sa/ba/2010\\_ba\\_Meile-Hosang.pdf](http://edoc.zhbluzern.ch/hslu/sa/ba/2010_ba_Meile-Hosang.pdf)

„freiwillig“ in Therapie stehenden Männern ist, solange ihr Drogengebrauch illegal ist, Kriminalität genauso ein Thema – sie sind möglicherweise bisher einfach nicht erwischt worden.

- Suchtmittel dienen den Männern oft als Selbstmedikation und als Flucht aus der Realität.

## 4 Mann und Gesundheit

Männer neigen dazu, gesundheitliche Beschwerden zu ignorieren, abzuwehren oder zu verleugnen. Körperliche Signale werden verdrängt, und die Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe wird auf Kosten von Lebensjahren hinausgezögert. Körperliche Verwundbarkeit wird als Schwäche definiert, die nicht mit Identitätsfaktoren wie körperlicher und psychischer Stärke, beruflicher Leistung, Macht und Kontrolle vereinbar ist.

### *Männergesundheit fördernde Ressourcen*

Psychische Ressourcen: Selbstwertgefühl, Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, Ich-Identität, Optimismus

Soziale Ressourcen: bestehende soziale Netzwerke, Partnerinnen und familiäre Beziehungen, Freundschaftsbeziehungen, Arbeit, Freizeit

Körperliche Ressourcen: stabile Konstitution, kompetentes Immunsystem, ausgeprägtes Körperbewusstsein (Körperwahrnehmung)

### *Sexualität*

Das Thema Sexualität ist in der Suchttherapie ein besonderes Tabu-Thema. Dies gilt für die Klientel, aber auch für die Therapeuten. Suchtmittelabhängige Männer schildern ihre Sexualität oft im Sinne einer Hypersexualität. Zum Beispiel wird geäußert, unter Kokain besonders lange und andauernde sexuelle Erfahrungen gemacht zu haben. Sexualität trägt in diesen Beschreibungen jedoch eher den Charakter von Konsum und Leistung, ohne dass der Beziehungsaspekt eine Bedeutung hat.

In traditionellen Konzepten von Männlichkeit sind Fehler, Versagen, Defekte nicht vorgesehen. Dieser Druck lastet auch auf dem abstinenten, suchterkrankten Mann, der nach langen von Abhängigkeit geprägten Jahren seine Sexualität wieder neu entdeckt. Guter Sex hat mit Gemeinsamkeit, Bindung, Beziehung und Zärtlichkeit zu tun. Männer müssen sich fragen, was guter Sex für sie wirklich bedeutet, jenseits von Klischees.

## 5 Unsicherheiten in der männlichen Geschlechterrolle

Um eine nachhaltige Wirkung erzielen zu können, braucht es Zeit. Männerspezifische Suchttherapie funktioniert nicht in einer Kurzzeittherapie. Männerspezifische Therapie funktioniert auch nicht, wenn Frauen die Männer in deren spezifischen Themen begleiten. Dasselbe gilt natürlich auch umgekehrt. Suchtarbeit ist nicht geschlechtsneutral.

In gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen gibt es durchaus Themen, die man hinsichtlich des Genderaspekts angehen kann: Wie gestalten wir das Zusammenleben zwischen Bewohnern und Bewohnerinnen in der stationären Therapie unter geschlechtsspezifischem Aspekt? Es geht dann darum, verständnisfördernde Ansätze und unterschiedliche Sicht- und Verhaltensweisen von Mann und Frau in gemischten Gruppen verständlich zu machen.

Grundsätzlich geht es immer um die eigene Identität als Mann bzw. als Frau und den dadurch beeinflussten Weg, um einen neuen Umgang mit dem eigenen Leben zu finden. Christoph Walser und Peter Wild drücken es in ihrem Buch zur Männerspiritualität klar aus<sup>13</sup>: „Am Anfang und am Schluss des Weges sind wir Männer des Alltags.“ Es geht also darum, sich im Rahmen des Alltags in einer therapeutischen Einrichtung auch die Sinnfragen zu stellen: Woher komme ich? Wohin gehe ich? Worin besteht der Sinn meines Lebens?

Als mögliche Unsicherheiten in der männlichen Geschlechterrolle (nach Jakob Müller) gelten folgende Aspekte:

- Geschlechterunsicherheit durch abwesende männliche Bezugspersonen
- keine vorgelebten Identifikationsangebote
- männliche Rollenzwänge prädestinieren zum Alkoholkonsum
- Alkohol als Ersatz für blockierte Gefühlswahrnehmungen
- Konfliktregulierungsmittel
- Alkohol als ideales Medium einer Scheinwelt mit positivem Selbstbild und emotionalem Erleben
- Sucht ein Ausdruck des Zu-Wenig: Vater, Orientierung, Sinn, innere Stärke (Balance), Beziehungs- und Liebesfähigkeit
- Warum fällt es mir als Mann so schwer, Liebe und Mitgefühl zu zeigen?
- Warum habe ich als Mann Angst vor Ehrlichkeit, Klarheit und Authentizität?
- Warum fallen mir Verantwortung zu tragen und Disziplin so schwer?
- Warum verwechsle ich als Mann immer Gelassenheit mit Coolness?
- Warum verstehe ich persönliche Freiheit oft von meiner Umwelt als nicht akzeptiert?
- Warum habe ich so wenig Toleranz und Geduld vor allem anderen Männern gegenüber, wenn sie eine andere Meinung vertreten?
- Warum tue ich mich als Mann so schwer mit Emotionalität, Hoffnung, Glück, Freude und Humor?

Zweifel und Selbstzweifel prägen den Alltag in der Therapie. Suchtmittel gelten als vermeintliche Lösungsversuche. Suchtmittelabhängigkeit bedeutet, meinen zentralen Lebensinhalt, alles Sinngibende wie Liebe, Zärtlichkeit, Geborgenheit, Beachtung aufgegeben zu haben, um mit irgendwelchen Hilfsmitteln einer unangenehmen Lebenssituationen zu entfliehen (Langeweile, Frust, Sinnlosigkeit, Trauer).

Alkoholabhängigkeit und Drogenmissbrauch sind unmittelbar mit der traditionellen männlichen Rolle verknüpft. Es geht darum z.B. Alkohol oder Kokain als Stimulations- und Kompensationsmittel gegenüber Leistungsansprüchen und Kampfbereitschaft zu benutzen. Alkohol und Heroin werden zum Linderungsmittel traditioneller Männlichkeit: Verdrängen, Abspalten, Abschotten. Alkohol und Drogen werden auch als Kontaktmittel benutzt, um traditionelle Grenzen zu überschreiten.

---

<sup>13</sup> WALSER Christoph & WILD Peter. 2002. Men's Spirit. Spiritualität für Männer. Herder Spektrum 5221. Freiburg: Herder Verlag.

In der casa fidelio wird neben den bekannten Therapieansätzen vor allem grosser Wert auf Authentizität gelegt. Das müssen und wollen wir Mitarbeiter der casa fidelio immer wieder im Therapiealltag vermitteln. Vor allem dürfen wir nicht feige sein und uns als Männer mit unseren Stärken und Schwächen hinter der Rolle des Therapeuten verstecken. Unsere grösste Stärke ist das Verständnis für das Unvollkommene sowie die Gelassenheit und Zuversicht, dass wir zusammen mit dem Bewohner einen Weg finden werden.

Welches Mannsein soll gestärkt werden? Eine Möglichkeit zeigt das Variablenmodell „Balanciertes Junge- und Mannsein“ der Sozialpädagogen Winter & Neubauer<sup>14</sup> auf, das Aspekte von „gelingendem“ und „gutem“ Junge- bzw. Mannsein beschreibt. Die Autoren suchten "eine Vorstellung von Männlichkeit, die jenseits von traditionellen und reduzierten Bildern von Männlichkeit angesiedelt ist, die aber die Potenziale, die in Männlichkeit stecken, nicht unterschlägt". Das Balancemodell stellt acht korrespondierende Bezugspaare einander gegenüber.

Konzentration -	Integration
Aktivität -	Reflexivität
Präsentation -	Selbstbezug
Kulturelle Lösung -	Kulturelle Bindung
Leistung -	Entspannung
Heterosozialer Bezug -	Homosozialer Bezug
Konflikt -	Schutz
Stärke -	Begrenztheit

Jakob Müller beschreibt zu *Der „neue Mann“ – die gesellschaftliche Dimension*<sup>15</sup> die Entwicklungsaufgaben für die Männer:

- befriedigendes Erleben der eigenen Rolle als Mann
- Versöhnung von idealem und realem Selbstbild
- Infragestellen des vorhandenen kulturspezifischen Männerbildes
- befriedigende Antworten auf Sinn- und Lebensfragen
- befriedigender Zugang zu und Erleben der eigenen Gefühle
- befriedigendes Erleben sozialer Beziehungen
- befriedigende Partnerbeziehungen
- zufriedenstellende Arbeitssituation
- Aufbau eines tragenden Beziehungsnetzes, Sucht im Alter, Perspektiven

---

<sup>14</sup> WINTER R. & NEUBAUER G. 2001. dies und das. Das Variablenmodell «balanciertes Junge- und Mannsein» als Grundlage für die pädagogische Arbeit mit Jungen und Männern. Tübingen: Neuling Verlag.

<sup>15</sup> MÜLLER Jakob. 1996. Männerspezifische Suchtaspekte. In: Abhängigkeiten 2/96: Beiträge zum VSFA-Symposium „Männer und Sucht“ - Männlichkeit und Alkohol.

Männer in Suchttherapie sind zu Beginn meist stark seelisch verwahrlost. Sie brauchen Raum und Akzeptanz ihrer Gewohnheiten, solange diese nicht destruktiv sind. Wir begegnen den Männern mit besonderem Respekt und bauen das Misstrauen ab. Wir vertreten eine klare Haltung, was geht und was nicht geht. Dabei ist das Konfliktpotenzial hoch. Wir nutzen die Ressourcen der Männer.

## 7 Süchtige Eltern mit Kind – zwei Generationen in der Therapie Ressourcen erkennen, entwickeln, nutzen

DIE ALTERNATIVE, ULMENHOF Familieneinheit, Ottenbach/ TIPI, Kinderhaus, Birmendorf/ZH

Barbara Sachia Kilchenmann, Sozialarbeiterin, Bereichsleitung Therapie  
Anke Knetemann, Sozialpädagogin, Bereichsleitung Kinder

### Inhalt

- 1 Angebot Arbeit mit zwei Generationen
- 2 Herausforderungen für die Eltern/ Mütter
- 3 Herausforderungen für die Kinder
- 4 Herausforderungen für die Institution und die Mitarbeitenden
- 5 Fazit
- 6 Diskussion im Plenum

### 1 Angebot Arbeit mit zwei Generationen

Wir möchten unseren Beitrag mit einem Zitat aus dem Buch *Platzspitzbaby* von Michelle Halbheer beginnen<sup>16</sup>. Sie wuchs bei einer drogenabhängigen Mutter auf, die Ende der 80er Jahren auf dem Zürcher Platzspitz verkehrte.

*„Meine Mutter verkehrte bereits als Jugendliche im Kreis jener Unglücklichen, die später zu Tausenden auf dem Platzspitz und dem Letten endeten. Sie fühlte sich zu jenen hingezogen, die im Kokain eine Krücke für ihr angeschlagenes Selbstbewusstsein fanden und im Heroin eine Möglichkeit, alle ihre Gefühle zu tilgen. Dass die Elenden Nachwuchs zeugten, Kinder, die sich jahrelang in ihrer Obhut befanden, während ihr Leben auf der Gasse ausser Rand und Band geriet, schien niemanden zu interessieren.“ (siehe Klappentext hinten)*

Den Fachleuten war klar, dass die persönliche Autonomie der Mutter aufgrund ihrer Sucht stark eingeschränkt war, und es bestanden entsprechende Hilfestellungen aller Art zur Unterstützung der Mutter. Fatal war, dass die gleichen Fachleute der Überzeugung waren, dass diese Mütter ihre Kinder autonom erziehen, betreuen und fördern könnten. Als gäbe es einen angeborenen Mutterinstinkt, welcher unbeeinflusst von sämtlichen lebenspraktischen Einschränkungen das Handeln steuert.

---

<sup>16</sup> HALBHEER Michelle. 2013. *Platzspitzbaby*. Meine Mutter, ihre Drogen und ich. Gockhausen: Wörthersee Verlag.

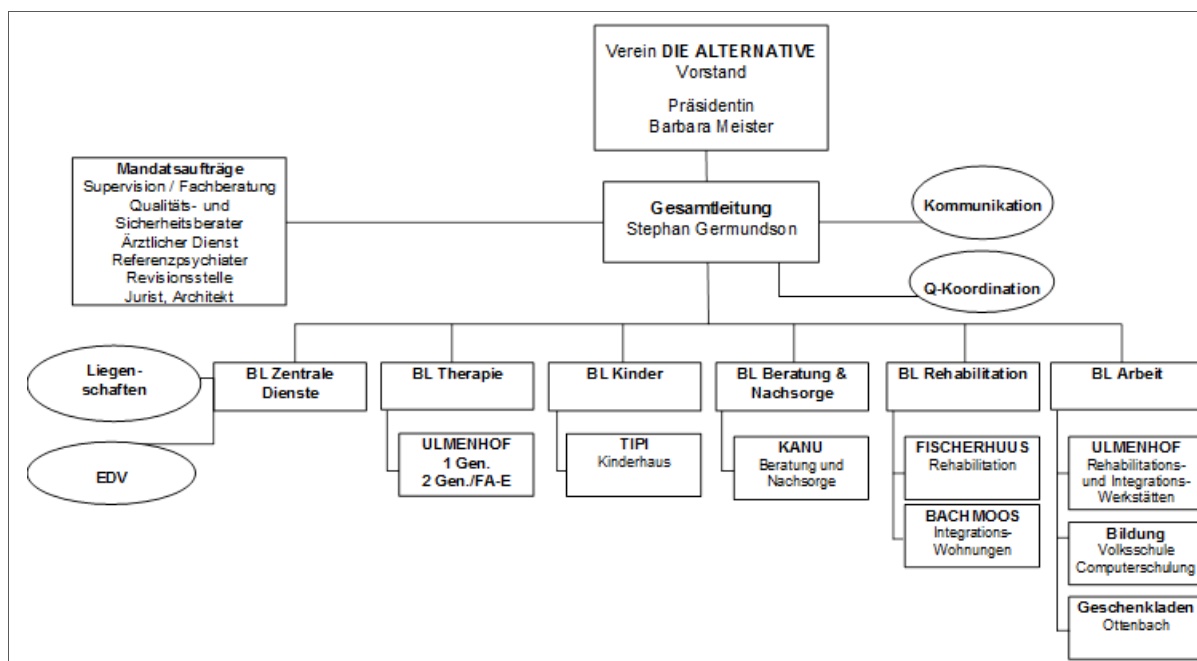


Zu der Zeit, von der das Buch erzählt, häuften sich die Anfragen von Frauen und z.T. auch von Paaren, die zusammen mit ihren Kindern eine Therapie beginnen wollten. Nach den notwendigen Vorarbeiten und baulichen Anpassungen im Herbst 1984 konnten die ersten Mütter mit ihren Babys im Ulmenhof aufgenommen werden. Die Alternative ist eine Pioniereinrichtung in der schweizerischen Suchttherapielandschaft generell und insbesondere in der stationären Arbeit mit zwei Generationen<sup>17</sup>.

Es war ein jahrelanges Tauziehen, bis ein geregelter Institutionsbetrieb möglich war. Auch heute noch entbrennen regelmässige Auseinandersetzungen hinsichtlich der Finanzierung und der pädagogischen Konzepte. Im Jahr 2011 wurde die Familieneinheit im Ulmenhof gegründet. Dabei stellt das Konzept die Essenz der Erfahrungen und des Wissens über die Zwei-Generationen-Thematik dar. Zentrale Beachtung fand hierbei die Anpassung an die veränderte und auch ressourcenschwächere Klientel.

Die Einbettung des Zwei-Generationen-Konzepts ist im Organigramm ersichtlich (Abb. 1). Zwei Bereiche sind tangiert: Die Bereichsleitung Therapie/Ulmenhof liegt bei Barbara Sachia Kilchenmann, die Bereichsleitung Kinder/TIPI Kinderhaus bei Anke Knetemann. Diese beiden Bereiche müssen im Alltag sehr eng zusammenarbeiten, damit die zwei Generationen unter einem Dach gut betreut werden können.

Abb.1: Organigramm DIE ALTERNATIVE



<sup>17</sup> Gründung des privaten Trägervereins DIE ALTERNATIVE 1971; erste therapeutische Gemeinschaft ULMENHOF seit 1972; Einführung des Zwei-Generationen-Modells für Eltern und deren Kinder seit 1984; Kinderhaus TIPI seit 1996; Familieneinheit im ULMENHOF seit 2011

Seit 1996 besteht das Kinderhaus TIPI und damit die Möglichkeit, eine unabhängige Aufenthaltsplanung für Kinder zu machen.

Wie sieht die Zwei-Generationen-Arbeit im Alltag aus? In Abb. 2 ist die Arbeit auf einem Wochenplan in der Familieneinheit mit unabhängigen Aufenthaltsplanungen ersichtlich. Gelb markiert sind die Zeitfenster, in denen Kinder und Eltern gemeinsam in der Wohngruppe sind (morgens, abends ab 16.30h und am Wochenende). In der Regel handelt es sich um Mütter, ganz selten um alleinerziehende Väter. Derzeit haben wir auch Paare in Behandlung. Während der blau markierten Einheiten sind die Eltern mit ihren Kindern in der institutionseigenen Kindergruppe. In der Kindergruppe werden die Eltern von Kleinkinderzieherinnen angeleitet, wie sie ihre Kinder hegen und pflegen, unterstützen und fördern können. Die rosafarbenen Felder kennzeichnen die Zeiten, an denen die Kinder alleine die Kindergruppe besuchen – sie werden dort vom selben Personal betreut. Die rosafarbenen Felder kennzeichnen die Zeiten, an denen die Kinder alleine die Kindergruppe besuchen – sie werden dort vom selben Personal betreut. Die personelle Konstanz ist somit garantiert. Während dieser Zeit haben die Kinder aber auch einen Raum für sich alleine, in der die Kinder (Peergruppe; in der Regel im Alter von 0-24 Monate) unter sich sind. Das einzelne Kind erhält die Möglichkeit, sich so zu entwickeln, wie es für seinen Rhythmus, seinen Körper und sein Leben überhaupt möglich ist, ohne dass die Mutter auf irgendeine Art interveniert. Parallel dazu (grün markierte Zeitfenster) befinden sich die Eltern in den Therapiegefässen.

Abb. 2: Wochenplan Ulmenhof Familieneinheit

	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Wochenende	
	Kind	Eltern	Kind	Eltern	Kind	Eltern	Kind	Eltern	Kind	Eltern	Kind	Eltern
Vormittag												
Nachmittag												
Abend												

	Eltern und Kind gemeinsam in der Wohngruppe
	Eltern und Kind in der Kindergruppe
	Kinder alleine in der Kindergruppe
	Eltern in Therapie; Schule; externe Termine

Die Familieneinheit hat Platz für neun Kinder im Alter von 0 bis sechs Jahren. Kinder ab sieben Jahre nehmen wir nicht auf, weil man sie dann aus einer Schule nehmen müsste, wo sie bereits integriert sind. Sie wären zuerst für ein Jahr im Ulmenhof, dann wiederum für rund ein Jahr im

Fischerhuus/Rehabilitation. Für die betroffenen Kinder wäre das zu viel Wechsel auf der Ebene Tagesstruktur (Schule oder KIGA). Zahlreiche Kinder sind bereits auffällig geworden und einige wurden auch schon fremdplatziert.

## 2 Herausforderungen für die Eltern/ Mütter

Da die Mütter über 90% unserer erwachsenen Klientel ausmachen, sprechen wir nachfolgend von Müttern und meinen die Väter mit. Oftmals treten auch ganze Familien ein.

Die Mütter stehen vor einer Reihe von Herausforderungen...

- *Akzeptieren, dass «Mutter-Sein» die Suchtmuster nicht verändert:* Die Klientinnen müssen akzeptieren, dass sich der Suchtdruck und die Suchtmuster nicht einfach verändern, wenn sie Mutter werden. Die Mütter treten häufig mit der Hoffnung in die Therapie ein, dass ihr Leben völlig anders verläuft, sobald sie ihre Kinder bei sich haben können. Das funktioniert so nicht. Wir versuchen, der Mutter aufzuzeigen, dass die Suchtproblematik mit ihr selber zu tun hat, dass die Therapie für sie und ihr Leben wichtig ist... und dann auch für das Kind. Häufig steht für diese Prozessanregung und -begleitung nur ein Jahr zur Verfügung. Dies ist angesichts der Aufgabe eine sehr kurze Zeit.

- *Substanzabhängige Partner ausserhalb der Institution:* Häufig haben die Frauen einen Partner ausserhalb der Institution, meistens ist dieser auch substanzabhängig. Die betroffenen Väter vertreten oft die Haltung: „Ich finde es total gut, dass Du etwas für Dich und das Kind machst, ich unterstütze Dich voll und ganz in Deiner Entscheidung.“ – bleiben selber dann aber im Hintergrund, konsumieren weiter, kommen und gehen. Für die Mütter ist es schwierig, selber in der Therapie zu sein und gleichzeitig einen unverbindlichen, süchtigen Partner zu haben, der sich immer noch im Milieu bewegt. Wir weisen intensiv auf die Problematik der Rückfallgefährdung hin und laden die Mütter ein, ihre Partnerwahl sorgfältig zu prüfen.

Suchtbetroffene Mütter trennen sich in vielen Fällen eher von ihren Kindern als vom Partner. Das hat mit der (scheinbaren) Sicherheit zu tun, die ein Partner vermitteln kann: Die Frau erhält das Gefühl, nicht allein sein zu müssen, das Leben nicht alleine bestreiten zu müssen. Das Leben als alleinerziehende Mutter ist, ganz speziell mit Babys, sehr schwierig: Die Mutter ist ans Haus gebunden und auf soziale Kontakte angewiesen, die sie oft nicht hat und aufgrund der skizzierten Umstände auch nicht herstellen kann.

*Verschiedene Ebenen in Bearbeitung:* Die Therapie setzt auf verschiedenen Ebenen an. Die Frauen setzen sich damit auseinander, was es heisst, Frau zu sein, wie sie mit ihren Suchtmustern umgehen und diese verändern können. Was es bedeutet, Mutter zu werden. Und dann existiert vielleicht noch ein Partner innerhalb oder ausserhalb der Institution. Was bedeutet diese Beziehung für die Frau? Will sie diese Liebesbeziehung überhaupt noch? Das sind drei verschiedene Ebenen, die bearbeitet werden müssen.

- *Symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Kind beenden:* Die Mütter pflegen oft eine symbiotische Beziehung zu ihrem Kind. Sie wollen es stets halten, Liebe und Geborgenheit geben. Nur schon, dass sie gemäss Wochenplan die Kinder am Nachmittag in die Kindergruppe übergeben und einer anderen Person anvertrauen müssen, fällt vielen der Mütter sehr schwer.

*Einstellen auf das Kind:* Die Mütter müssen lernen, sich selber zurückzunehmen und in dem Moment bereit zu sein, wenn das Kind schreit, wenn es Hunger hat. Sie können in solchen Situationen nicht sagen: „Warte mal rasch, ich möchte noch eine Zigarette draussen rauchen“. Die Babys wollen, dass ihre Bedürfnisse sofort befriedigt werden. Älteren Kindern kann man durchaus erklären, dass die Mutter einmal fünf Minuten Zeit für sich braucht. Ein Baby braucht eine sofortige Intervention.

- *Selbstwirksamkeitsbestreben des Kindes akzeptieren:* Die Mütter müssen lernen, das Selbstwirksamkeitsstreben der Kinder zu akzeptieren. Irgendwann, wenn die Kinder nicht mehr nur schlafen und essen, entwickeln sie Aktivitäten: Sie wollen die Welt kennen lernen, sie entdecken, sie wollen Dinge ausprobieren und selber Fehler machen. Diese Zuwendung zur Welt hat auch immer etwas mit einer Lösung von der Mutter zu tun. Das wachsende Autonomiebedürfnis des Kindes zu erkennen, zu akzeptieren und Entwicklungsschritte angemessen zu fördern – und nicht in der Haltung „Jö, wie herzig“ zu verharren –, ist für die Mütter enorm schwierig. Der Ablösungsprozess ist auch für nicht-süchtige Mütter nicht immer ganz einfach, das ist normal. Die süchtigen Mütter erleben die Entwicklungsschritte ihrer Kinder jedoch teilweise stark als gegen sie gerichtet. Wenn das Kind zwischendurch einmal lieber mit einem anderen Kind spielen möchte anstatt mit der Mutter, fragt sie sich: „Was habe ich falsch gemacht? Mein Kind hat mich nicht mehr gern.“

### 3 Herausforderungen für die Kinder

Der Therapieaufenthalt ist auch für die Kinder mit verschiedenen Herausforderungen verbunden:

- *Verschiedene Betreuungspersonen:* Als Einrichtung ersetzen wir das primäre Sozialisationsfeld, wir sind aber keine Familie. Die Kinder sind noch sehr klein und kommen mit vielen Menschen in Kontakt. Halt vermittelt da die verlässliche, vertraute und verfügbare Bezugsperson. Optimal wäre ein kleiner, überschaubarer Rahmen, in dem die Kinder aufwachsen können. Dies können wir als behandelnde Einrichtung aus Kostengründen nur teilweise bieten. Bei der Alltagsgestaltung mit den Kinder wird auf Ruhe und Entwicklungsförderung ebenso grosser Wert gelegt wie auf die Ritualisierung und Rhythmisierung der Handlungen, auf das Angebot einer ansprechenden und anregenden Umgebung, auf eine integrierte und kohärente Beziehungskultur sämtlicher Mitarbeitenden sowie auf weitere resilienzfördernde Massnahmen.
- *Wenige langjährige, konstante Beziehungen:* Die Kinder haben oft keine langjährigen, tragenden Beziehungen, wie die entwicklungspsychologische Resilienzforschung zeigt. Auch die erwachsenen Klientinnen in unserer Einrichtung verfügen selten über tragende Beziehungen ausserhalb ihres verwandtschaftlichen Umfeldes.
- *Eigener Rucksack, eigene Muster:* Kinder, die süchtig zur Welt kommen, bringen zur erlebten Schwangerschaft zusätzlich noch den Aufenthalt auf der Neonatologie mit. Schon dies kann als erschwerter Rucksack aufgefasst werden. Auch die oftmals ambivalenten Gefühle der Kindesmutter gegenüber ihrem Kind tragen wenig zum Aufbau eines gesunden Selbstbewusstseins des Säuglings bei. Das Kleinkind fühlt sich oftmals verantwortlich für die zurückweisenden Anteil im Verhalten der Mutter.

- *Entwicklungsrückstände - nicht adäquat gelöste Entwicklungsaufgaben:* Im Ulmenhof betreuen wir neun Kinder, eine Gruppe mit teilweise ähnlichen Problemen. Die Entwicklungsrückstände liegen bei diesen Kindern vor allem auf der emotionalen Ebene. Sie wurden von ihren Müttern nicht richtig gespiegelt, d.h. ihre Gefühlswelt wurde nicht angemessen emotional eingebettet. Kinder weisen häufig, egal wie alt sie sind, gewisse Verhaltensprobleme auf, oft liegen diese im emotionalen Bereich: Eine angemessene Selbstregulation muss unterstützt werden. Auffällig ist auch, dass sie grobmotorisch sehr viel aktiver als andere Kinder oder aber – das Gegenteil – sehr zurückgezogen sind. Sie wissen sehr schnell, wie was funktioniert und wie sie das alleine bewältigen können. Auch in ihren Bindungsmustern erkennt man Entwicklungsbedarf. Dies zeigt sich daran, dass Kinder entweder ganz schnell ihr Umfeld erkunden und sehr offenherzig auf alle zugehen, oder dass sie sich an den Rockzipfel der Mutter klammern und kaum selber explorativ tätig sein können.
- *Kind sein dürfen, Rollenkehr mit Mutter:* Die Kinder haben sehr früh schon gelernt, eine „Erwachsenenrolle“ einzunehmen (Parentifizierung): Sie fungieren beispielsweise als Krankenschwester, weil sie wissen, dass es der Mutter nicht gut geht. Sie bringen ihr Tee oder spielen den Clown, um ihre Stimmung aufzuhellen. Aber auch schon ein Halbjähriges schreit nicht mehr, da es verinnerlicht hat, dass die Mutter nie auf diesen Appell reagiert hat.
- *Eifersucht auf andere Kinder:* Wir erleben sehr oft, dass v.a. ältere Kinder auf bestimmte Situationen mit starker Eifersucht reagieren. Wenn eine Betreuerin ein kleines Kind oft nahe am Körper trägt, drängt sich ein zweijähriges Kind eifersüchtig dazwischen. Sie holen hier ihre emotionale Entwicklung nach. Eigentlich müsste man alle Kinder an sich tragen können, man müsste allen sagen können: Es wird gut, wir schaffen das, wir halten Dich, wir sind für Dich da. Aber das geht leider nicht.

#### **4 Herausforderungen für die Institution und die Mitarbeitenden**

Bezüglich der Einrichtung und der Mitarbeitenden besteht eine Reihe von Anforderungen:

- *Bauliche Begebenheiten:* Die baulichen Massnahmen haben wir bereits 1984 umgesetzt, um zwei Generationen aufnehmen und angemessen behandeln zu können. Neu haben wir zusätzliche Räume geschaffen, insbesondere Rückzugsräume im Ulmenhof, damit die Mütter mit ihren Kindern Zeiten des innigen Beisammenseins verbringen können. Im Pavillon können die Kinder „Kind sein“, es ist ein Aufenthalts- und Spielraum für die Kinder.
- *Qualifizierte Mitarbeitende:* Unsere SozialpädagogInnen und KleinkinderzieherInnen müssen sowohl im Bereich Suchterkrankung als auch Pädagogik, Erziehung und Elternbildung „auf der Höhe“ sein. Sie müssen die Entwicklungsaufgaben des einzelnen Kindes erkennen und im Rahmen des Möglichen fördern. Sie müssen die Gesprächssituationen mit den Eltern richtig gestalten und die Eltern anleiten. Leider finden wir selten Männer für den Kleinkindbereich, im Bereich Sozialpädagogik sieht es etwas besser aus. Pro Wohnbereich arbeitet ein Betreuer. Es ist sowohl für die Kinder als auch für die Bewohnerinnen wichtig und hilfreich, dass der männliche Anteil vertreten ist, damit das Männerbild nicht nur einseitig über die besuchenden süchtigen Väter, die kommen und gehen, geprägt wird.

- *Ressourcen der Mutter/ Eltern:* Es ist deutlich zu erkennen, dass die Ressourcenlage der eingewiesenen Klientel in unserer stationären Einrichtung abgenommen hat. Auch der Anteil der KlientInnen mit Dualdiagnosen hat sich leicht erhöht.
- *Selbst-/Fremdwahrnehmung KlientInnen/Team:* Auch wenn ein Umdenken in der Gesellschaft stattgefunden hat, ist es immer noch schwierig, Müttern/Vätern/Eltern auf eine gute Art verständlich zu machen, dass es wichtig ist, dass sie ihren Erziehungsstil überdenken, ihre Kompetenzen erweitern, sich Wissen zur Entwicklung des eigenen Kindes aneignen, sich beraten lassen etc. Das ist bei uns nicht anders. Dass ich als Frau bzw. Mann bestimmte Themen zu bearbeiten habe? Ja, einverstanden. Aber als Mutter bzw. Vater? Da mache ich es doch gut, ich liebe mein Kind über alles, ich gebe ihm alles usw. Die beobachtende Position der Mitarbeitenden ist bei den Klientinnen zu Beginn meistens sehr unbeliebt und wirkt verunsichernd. Sie kann Widerstand und Abwehr auslösen. Die Angst, etwas falsch zu machen und dann das Kind zu verlieren, ist gross. Dies wiederum verstärkt die Tendenz zu Heimlichkeiten und Verleugnung. Das Team beobachtet die Handlungen der Mütter wie beispielsweise das Befriedigen der Grundbedürfnisse des Kindes, das Erkennen von Gefahren für das Kind und das Gewährleisten von Sicherheit und Schutz. Ebenso beobachtet das Team den Ausdruck von Gefühlen, die Fähigkeit, sich auf das Kind einzustellen, den sinnlichen Umgang mit dem Kind, den intimen Umgang mit der Wahrung der Integrität des Kindes. Bei all diesen Beobachtungen geht es jedoch ebenso darum, in „Beziehung zur Mutter“ zu stehen, damit diese sich traut z.B. zu thematisieren, was sie für ihr Kind empfindet und was vielleicht nicht. Was, wenn mich so viel Nähe zum Kind beengt oder sogar bedroht? Hier gilt es, behutsam aber klar und konsequent immer die Interessen des Kindes aufzuzeigen, seine Bedürfnisse über diejenigen der Mutter zu stellen. Das Team muss Anleitung und Begleitung bieten, aber auch kontrollieren. Zeitnahe Feedbacks und sofortige Interventionen sind notwendig. Die schwierigsten Prozesse sind diejenigen, wenn es sich abzeichnet, dass die Mutter nicht über genügend Kompetenzen als Voll- oder Teilzeitmutter verfügt, und wir die Trennung von Mutter und Kind empfehlen müssen. Der beste Fall in solchen Situationen ist, wenn genügend Zeit vorhanden ist, dass die Mutter nachvollziehen, einsehen und vielleicht sogar befürworten kann, dass die Fremdbetreuung ihres Kindes zu dessen Wohle ist. Es lohnt sich, für diesen Prozess genügend Zeit einzuräumen.
- *Kritikfähigkeit auf der Ebene «Mutter-Sein»:* Das grösste Thema hierbei ist die Akzeptanz der Tatsache, dass «Mutter-Sein» nicht automatisch die Suchtmuster verändert. Eher umgekehrt: Zusätzlich kommt durch die Geburt des Kindes eine weitere Herausforderung dazu. Mit dem Mutter-Werden, der Gründung einer Kleinfamilie verbindet sich meistens der Wunsch nach Normalität, die grosse Sehnsucht, dass alles gut wird, wenn das Kind da ist. Die Erkenntnis, dass die neuen Aufgaben der Mutterrolle anspruchsvoll sind und nicht einfach so gemeistert werden können, ist meistens ein längerer Prozess und kann eine unangenehme Erkenntnis der Realität sind.  
Fehlende Ressourcen z.B. im Selbstbezug der Mutter (Körperpflege, Gesundheitsverhalten, Zeit- und Themenmanagement, Bedürfnisregulation) wirken sich direkt auf die Erfüllung der Mutterrolle aus.  
Die Risiko- und Schutzfaktoren sind dieselben geblieben, auslösende Faktoren müssen erkannt werden. Die Ambivalenz ist nach wie vor vorhanden. Die Mutter muss Strategien für

den Umgang mit dem Craving erlernen und Präventionsstrategien und alternative Handlungsformen einüben.

In suchstabilen Phasen gelingt es der Mutter in der Regel gut, die Bedürfnisse des Kindes an erste Stelle zu setzen. In instabilen Phasen hingegen, in Zeiten des Konsumdrucks oder des Konsums kann innert kürzester Zeit der Konsum der Substanz wieder an erste Stelle treten. Allein auf sich gestellt erlebt das Kind ohnmächtig und hilflos, wie etwas anderes weitaus wichtiger ist als es selber. Die Verlässlichkeit, die Verfügbarkeit und die Vertrautheit fallen einfach so weg und werden im Rahmen der Institution vom Team übernommen. Befindet sich die Mutter in einer eigenen Wohnung ausserhalb der Institution, sind zusätzlich sofort die Grundaufgaben Pflege sowie Ernährung und Schutz des Kindes in Frage gestellt. Hier geht es darum, mit der Mutter dahingehend zu arbeiten, dass sie in jedem Fall den Schutz des Kindes sicherstellt, bevor sie konsumiert.

- *Kindeswohl versus Entwicklung der Mutter:* Dem Kind seinen Raum zu geben (z.B. in der Kindergruppe) und die Symbiose aufzubrechen, kann für die Mutter eine grosse Herausforderung sein. Das Kind ist – fast ausnahmslos – die Hauptmotivation bei Eintritt in die Therapie und somit der wesentlichste Sinn und Orientierungspunkt im Leben der Mutter. Das gilt es zugunsten des Kindes zu relativieren. Die Mutter muss lernen, sich wieder auf die eigenen Themen zu besinnen und sich den neuen Herausforderungen der Erziehung zu stellen: dem Kind Raum geben; ihm Grenzen setzen; Nein-Sagen; die Anerkennung, Anleitung und Anregung in einem neuen Kontext umsetzen und im erweiterten Raum trotzdem verlässlich da sein. In der Gesellschaft gibt es nahezu keine guten Teilzeitmüttermodelle. Eine Entweder-Oder-Haltung (Vollzeit-Mutter oder Rabenmutter) findet sich auch in den Köpfen unserer Klientinnen wieder. Im Kanton Zürich gibt es zudem zu wenige überzeugende Langzeitbetreuungsmodelle für Mütter mit Kindern.
- *Finanzdruck und Erfolgsdruck:* DIE ALTERNATIVE ist die einzige Institution, die zwei unabhängige Aufenthaltsplanungen anbietet und seit über dreissig Jahren mit zwei Generationen arbeitet. Daher wäre anzunehmen, dass unser Angebot immer voll belegt ist. Dies ist jedoch nicht der Fall. Das Modell ist aufgrund der Doppelstruktur teuer, und die Kinder sind aufgrund der Suchtbetroffenheit ihrer Eltern immer wieder mit unstabilen Phasen konfrontiert, was aus der Sicht des Kindeswohls berechnete Fragen aufwirft. Dabei jedoch darf das Recht des Kindes auf eine Beziehung zu seinen leiblichen Eltern nicht aus dem Auge verloren werden. Belegungsschwankungen fangen wir zum Teil mit dem Ein-Generationenmodell auf. D.h. wir haben in einem Haus die Familieneinheit und im anderen die Ein-Generationen-Klientel.

## 5 Fazit

Durch das Konzept «Eltern und Kinder in der ALTERNATIVE» erreichen wir eine ganzheitlichere Behandlung des Systems. Für die Mutter schaffen wir die Möglichkeit, in diese Rolle hineinzuwachsen zu können, sei das nun als Vollzeit- oder als Teilzeit-Mutter. Für die Kinder schaffen wir eine stabile Phase der Mutter-Kind-Dyade. Dies stärkt die Resilienz und fördert die Bindungsfähigkeit, was zu einer Verhinderung bzw. Minderung von möglichen Langzeitfolgen wie Suchterkrankung (Wahrscheinlichkeit bei Kindern mit entsprechendem familiären Hintergrund um

ein sechsfaches erhöht), Borderlinestörung, ADHS, posttraumatische Belastungsstörungen etc. führt. Dieses Modell ist nicht nur menschlich, sondern auch materiell wichtig für unsere Gesellschaft.

## 6 Diskussion im Plenum

*Fallbeispiel aus einer Einrichtung:* Wir behandeln derzeit suchtmittelabhängige Eltern mit einem Kind. Was spricht dafür, dass diese Familie nach dem Ansatz der ALTERNATIVE behandelt wird? Unserer Ansicht nach steht das Kindswohl dem Wohl der Eltern gegenüber. Das Wohl der Kinder bedeutet, dass sie an einem stabilen Ort über mehrere Jahre leben können, anstatt einem Hin und Her ausgesetzt zu sein, die Abstürzte ihrer Eltern miterleben zu müssen; die Eltern nehmen die Kinder z.T. mit auf die Gasse.

*Antwort DIE ALTERNATIVE:* Das Kindswohl ist auch für uns ein zentrales Thema. Die Eltern sind in der Institution und fixen grundsätzlich nicht vor den Kindern – sie wissen es und sehen auch ein, dass sie das den Kindern nicht zumuten dürfen. Die Eltern in unserer Einrichtung gehen nie mit den Kindern auf die Gasse, auch wenn sie noch so ressourcenschwach sind. Die Kinder sind zudem von Anfang an verbeiständet. Aber in der Tat: Das Spannungsfeld Kindswohl versus persönliche Entwicklung der Eltern bzw. der Mutter ist natürlich schon eine Gratwanderung. Es gilt immer wieder zum Wohle des Kindes abzuwägen, was noch als zumutbar und angemessen erachtet wird. Mitbedacht werden müssen auch die Rechte des Kindes auf seine Eltern sowie der Umstand, dass wir über die Betreuung der Kinder auf der Kindergruppe und durch Fachpersonal viel Belastendes abfangen und somit abschwächen können. Wenn eine Mutter die Einrichtung verlassen will, dann tut sie es. Sie lässt das Kind zurück, und wir schauen, wie es weitergehen kann. Viele Anleitungen für die Mutter beziehen sich auf den Umgang mit dem Kind: wie verabreicht man den Schoppen, wie wickelt man korrekt, wie schaue ich das Kind an, damit es sich anerkannt fühlt etc. Vor allem den psychologischen Umgang mit dem Kind zu erlernen, ist für viele Mütter wirklich schwierig – sie haben es selber nie erfahren und kennen das nicht.

*Frage zur konkreten Arbeit:* Wie ist die Zusammenarbeit in der ALTERNATIVE organisiert? Hat das Kind eine Bezugsperson und die Mutter eine andere Bezugsperson? Und wenn es darum geht, die Position der Mutter gegenüber derjenigen des Kindes abzuwägen, wird dann im Subteam gearbeitet? Wie werden diese Auseinandersetzungen geführt?

*Antwort DIE ALTERNATIVE:* Wir haben eine Bezugsperson für das Kind und eine für die Mutter. Darum sind auch wir beide an diesem Anlass anwesend. Wir haben das *Team Kinder* und das *Team Erwachsene* – auf dieser Ebene werden die Auseinandersetzungen geführt, was nicht immer einfach ist. Als Team sind wir hier auch Vorbild für die Eltern. Während der Therapiezeit kommt es immer wieder auch zu Trennungen von Mutter und Kind. Nichtsdestotrotz bietet die Therapie eine Möglichkeit des Probehandelns in einem sicheren, geregelten Rahmen. Die Mütter können dabei auch Rückschritte machen – das gehört zum Leben. Wir bearbeiten die dys-



funktionalen Muster nicht gradlinig. Wenn die Mütter in alte Muster zurückfallen, sind wir für die Kinder da. Von Anfang an aber zu sagen, eine süchtige Mutter könne keine gute Mutter sein, stimmt nicht. Vom Konzept her bleibt das Kind im Falle eines Rückfalls der Mutter einen Monat lang im Ulmenhof. Das ist sein stabiler Lebensmittelpunkt. Wenn es die Mutter nicht mehr schafft zurückzukommen, platzieren wir das Kind ins TIPI um, wo wir Abklärungen für das weitere Vorgehen treffen. Vom TIPI aus kann das Kind, wenn die Mutter zurückkehrt, aber nicht mehr in den Ulmenhof zurück. Die Frage, die sich nun stellt, lautet: Wie wird die Mutter eine gute Wochenendmutter bzw. Teilzeitmutter?

Im besten Fall kommt die Frau zu uns, wenn sie schwanger ist, und durchläuft die letzte Phase der Schwangerschaft ohne Beikonsum. In der Regel bleiben diese Mütter ein bis anderhalb Jahre bei uns, sodass wir mindestens ein Jahr lang eine stabile Mutter-Kind-Phase begleiten können. Und dies ist für beide in der weiteren Entwicklung hilfreich und unterstützend.

*Frage zu getrennter Behandlung:* Gibt es Fälle, bei denen ein Elternteil in Einrichtung x behandelt wird und das Kind im Ulmenhof lebt? Unsere Erfahrung ist, dass eine solche Trennung sinnvoll sein kann, wenn die süchtige Mutter ihr Kind regelrecht erdrückt und nicht in der Lage ist, angemessen mit dem Kind umzugehen.

*Antwort DIE ALTERNATIVE:* Gemäss Bindungstheorie ist klar, dass die Beziehung wichtig ist, auch wenn es zu einem späteren Zeitpunkt zur Trennung kommt. Adoptierte Kinder beispielsweise suchen und fragen nach ihren Wurzeln. In einzelnen Fällen kommt es bei uns nichtsdestotrotz zur Trennung: Dann versuchen wir, sowohl Mutter als auch Kind so lange wie möglich vor Ort in diesem schmerzhaften Prozess zu begleiten.

Eine belastende Situation für Klientinnen und das Team ist, wenn der Zeitpunkt gekommen ist, die Trennung von Mutter und Kind zu thematisieren. Diese Situationen haben jedes Mal eine Auswirkung auf die Gruppendynamik im Haus. Wenn wir in einem Einzelfall die Frage thematisieren und die Konsequenzen aussprechen, geht eine regelrechte „Welle der Angst“ durch den Ulmenhof. Die Mütter fragen sich: „Wann nehmen sie mir das Kind weg?“ Es ist eine schwierige Dynamik, die das Team handhaben muss, nicht nur bezüglich der unmittelbar betroffenen Mutter, sondern auch in Hinblick auf die anderen Mütter. Es ist ja nicht so, dass das Thema plötzlich auf den Tisch kommt. Dem Moment gehen unzählige Gespräche voraus, in denen wir an den Defiziten gearbeitet und die Mütter unterstützt haben. Wenn dann aber die konkrete Botschaft kommt, ist es für viele wie ein plötzlicher Donnerschlag: Die vorangegangene Entwicklung hin zur aktuellen Entscheidungssituation wird ausgeblendet. Erst mit der Zeit sind auch die Mitklientinnen in der Lage zu sehen, dass sich diese Entscheidung über eine längere Zeit angebahnt hat. Dann beruhigt sich die Lage wieder. Solche Situationen sind jedoch immer eine grosse Herausforderung für den Ulmenhof.

*Frage zur ersten Generation süchtiger Mütter:* Die Kinder der ersten Generation Mütter, die in Therapie waren, sind nun erwachsen. Ist bekannt, was aus diesen Kindern geworden ist?

*Antwort DIE ALTERNATIVE:* Von denjenigen Personen, die wir finden und kontaktieren können, ist bekannt, dass es mehrheitlich gut gelaufen ist. Der Kontakt gelingt nur über die Eltern, ansonsten findet man sie nicht mehr. Vor rund fünf Jahren hat eine Studentin eine Lizentiatsarbeit zu dieser Thematik verfasst und die erwachsenen Kinder, die in der ALTERNATIVE mit ihren Eltern in Therapie waren, besucht. Eines der Ergebnisse war, dass die damaligen Kindern das Leben in der Kindergruppe mit anderen Kindern, die gleiche Probleme hatten, sehr positiv bewerteten. Die Peergruppe wusste, wie es sich anfühlt, wenn die Mutter die Einrichtung verlässt und abstürzt.

*Frage zu den Rückfällen:* Werden die Rückfälle der Mutter mit den Kindern ab einem gewissen Alter thematisiert?

*Antwort DIE ALTERNATIVE:* Von Anfang an sprechen wir mit den Kindern. Die Kinder wissen, was Drogen sind, genauso wie sie wissen, was ein Tisch ist. Wir geben dem Phänomen einen Namen, damit das Kind nicht irgendwelchen Fantasien ausgesetzt ist, ob sein Mami wohl krank sei oder nicht. Es gibt kindgerechte Worte für die Vorgänge. Wir sagen dem Kind beispielsweise: „Die Mama geht jetzt in einen Absturz, das tut uns leid, aber wir sind für Dich da, und Mama kommt in 48 Stunden wieder.“ Die Dinge zu beschönigen, falsche Versprechungen zu machen oder etwas zu verschweigen, bringt nichts. Die Kinder spüren, was läuft, und brauchen die passenden Worte. Wir verlangen, dass sich die Mutter vom Kind verabschieden muss, wenn sie in den Absturz geht. Das Kind muss wissen, dass es weinen darf, dass es sich gegen den Abschied wehren darf. Wir sind als Fachleute für das Kind da, wir tragen die Last gemeinsam, und wenn Mama zurückkommt, sind wir immer noch da und schauen, dass es auch der Mutter gut geht. Dieser Boden vermittelt den Kindern eine Sicherheit.